

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA, RR. II Y CS. DE LA
COMUNICACIÓN
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



**"EFECTOS DE UN PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL
CONTROL DE LA HIPERTENSION ARTERIAL EN PACIENTES DEL
POLICLINICO METROPOLITANO ESSALUD AREQUIPA"**

Tesis presentada por los Bachilleres:

LIZBETH CAMILA GUTIERREZ VELEZ
FRANK IRVIN CARPIO CARPIO

Para optar el Título Profesional de
Psicólogos

PRESENTACIÓN

Señor Rector de la Universidad Nacional de San Agustín

**Señor Decano de la Faculta De Psicología, Relaciones Industriales y
Ciencias de la Comunicación**

Señor Director de la Escuela Profesional de Psicología

Señor Presidente del Jurado

Señores Miembros del Jurado Evaluador

Respetuosamente los saludamos y cumpliendo con las normas lineamientos del reglamento de grados y títulos profesionales de la facultad de Psicología, Relaciones Industriales y Ciencias de la Comunicación de la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, presentamos a vuestra consideración la tesis titulada “Efectos de un Programa Cognitivo Conductual para el Control de la Hipertensión Arterial en pacientes del Policlínico Metropolitano Essalud Arequipa”, donde queremos resaltar más el trabajo de los psicólogos en relación a las enfermedades crónicas que entre ellas se encuentra la Hipertensión Arterial. Esperando que el presente cumpla sus expectativas que al ser aprobado y evaluado nos permitirá optar por el título profesional de Psicólogos.

Arequipa, 28 octubre del 2016

Bachilleres:

LIZBETH CAMILA GUTIERREZ VELEZ

FRANK IRVIN CARPIO CARPIO

DEDICATORIAS

A mis padres Gabriel y Guillermina que siempre me dieron las fuerzas para seguir luchando, a mi hermana Ana y ahijada Luana por su gran apoyo y a cada una de las personas que me impulsaron a ser mejor y seguir adelante día a día. Gracias Liz

A mi ángel Yesenia que me guarda siempre desde arriba; a mis padres que siempre estuvieron junto a mí, a los gorditos que tengo de hermanos, y a mis sobrinos que gracias a sus locuras hicieron que me involucrara cada vez más en esta carrera que tanto amo.

Frank

AGRADECIMIENTO

A la universidad nacional de san Agustín, alma mater y forjadora de nuestros conocimientos. A la escuela profesional de Psicología, a nuestros docentes quienes nos inculcaron el amor a nuestra profesión y el ímpetu de ser grandes profesionales.

Al policlínico Metropolitano, en especial a la coordinadora del servicio de Psicología que nos brindó el apoyo para la ejecución de nuestro programa

A cada una de las personas que participaron del programa por su dedicación y tiempo y todos los buenos momentos compartidos durante la aplicación.

A nuestras familias por siempre brindarnos el apoyo y el ímpetu de seguir luchando por nuestros sueños.

A cada una de las personas que nos brindaron las ganas de seguir adelante.

RESUMEN

La presente investigación está dirigido a probar el Efecto de un Programa Cognitivo Conductual para el control de la Hipertensión Arterial. Se manejó un diseño cuasiexperimental con pre prueba y post prueba con un solo grupo. El tipo de muestreo fue no probabilístico de tipo intencional, contando para ello con una muestra de 11 sujetos de ambos sexos pertenecientes al Policlínico Metropolitano EsSalud de Arequipa, que reunían las características que precisan los criterios de inclusión. A estos sujetos se les aplicó el inventario de expresión de ira estado-rasgo STAXI 2, el inventario de ansiedad estado-rasgo IDARE.

Para el análisis de interpretación de resultados se empleó análisis estadístico descriptivo e inferencial junto con la prueba T de Student donde los resultados permitieron concluir que el programa es efectivo; logrando reducir los niveles de ansiedad, ira/hostilidad, síntomas asociados al estrés y presión arterial.

Palabras claves: hipertensión arterial, presión arterial, programa cognitivo conductual, ansiedad, ira/ hostilidad, síntomas asociados al estrés.

ABSTRACT

The present research is aimed at proving the Effect of a Cognitive Behavioral Program for the control of Arterial Hypertension. A quasiexperimental design with pretest and posttest was managed with a single group. The type of sampling was non-probabilistic of intentional type, counting for this purpose a sample of 11 subjects of both sexes belonging to the Metropolitan Polyclinic EsSalud of Arequipa that met the characteristics that need the inclusion criteria. These subjects were given the inventory of state-trait anger expression STAXI 2, the inventory of state-trait anxiety IDARE.

For the analysis of interpretation of results, descriptive and inferential statistical analysis was used together with the Student T test, where the results allowed to conclude that the program is effective; Reducing levels of anxiety, anger / hostility, symptoms associated with stress and blood pressure.

Key words: arterial hypertension, blood pressure, cognitive behavioral program, anxiety, anger / hostility, symptoms associated with stress.

ÍNDICE

PAGINA

PRESENTACION
DEDICATORIA
AGRADECIMIENTO
RESUMEN
ABSTRACT
INTRODUCCION

CAPÍTULO I INVESTIGACION

1... El problema.....	1
2... Hipótesis	3
3... Objetivos	4
4... Importancia del estudio	4
5... Limitaciones del Estudio	5
6... Definición de términos.....	6
7... Variables e indicadores.....	9

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

1. EL APARATO CARDIOVASCULAR	
A. Funcionamiento del aparato cardiovascular.....	11
B. Enfermedades cardiovasculares	12
C. Prevalencia	13
2. LA PRESION SANGUINEA	14
A. Beneficios de controlar la presión arterial	16

3. LA HIPERTENSION ARTERIAL	17
A. Generalidades	17
B. Definición	18
C. Importancia	19
D. Prevalencia	20
E. Diagnóstico	21
a. Técnica para medir la presión arterial.....	21
b. Procedimiento	22
c. Situaciones que es preciso tener en cuenta	23
d. Ruidos de Korothoff	24
F. Etiología de la hipertensión arterial	25
a. Hipertensión arterial esencial o primaria.....	25
b. Hipertensión secundaria	27
c. Hipertensión lábil	27
d. Hipertensión maligno	28
4. FACTORES DE RIESGO DE LAS ENFERMEDADES	
CARDIOVASCULARES.....	29
A. Factores de riesgo inherentes o no modificable	30
B. Factores de riesgo modificables	32
a. Nivel de colesterol de la sangre	32
b. La hipertensión.....	33
C. Factores psicológicos- emocionales	34
a. Personalidad.....	34

b. Estrés	38
c. Ansiedad.....	41
d. Ira/ hostilidad	44
e. Depresión	45
D. Factores conductuales- hábitos de vida	46
a. El tabaquismo.....	47
b. La dieta.....	48
c. El ejercicio físico.....	50
5. TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	51
A. Tratamiento farmacológico	51
B. Tratamiento psicológico.....	51
6. LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL.....	52
A. ¿Qué es la terapia cognitivo conductual?	52
B. Las distintas terapias cognitivas conductuales	53
C. Conceptos fundamentales de la terapia cognitiva	54
a. Estructuras, procesos y resultados cognitivos.....	54
b. Esquemas.....	54
c. Creencias	55
d. Pensamientos automáticos.....	55
e. La Tríada Cognitiva	56
f. Las Distorsiones Cognitivas	57
g. Los Recursos Técnicos	58
h. Psicoeducación	60
D. EL PROCESO TERAPÉUTICO EN EL MODELO COGNITIVO	
a. Supuestos principales del modelo cognitivo	61
b. Características del terapeuta.....	63

c. El plan de tratamiento.....	64
d. Estructura de las sesiones.....	65
E. TECNICAS USADAS DURANTE EL PROGRAMA	69
a. Técnicas de relajación, entrenamiento autógeno y respiración	69
b. Manejo de los pensamientos automáticos	80

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

1. Tipo y diseño.....	85
2. Sujetos	86
A. Criterios de inclusión	86
B. Criterios de exclusión	86
3. Instrumentos	87
A. Encuesta sociodemográfica.....	87
B. Inventario de expresión ira rasgo estado Stasi 2.....	87
C. Inventario de ansiedad Idare	89
D. Registro de síntomas diarios	92
E. Programa cognitivo conductual para la HTA	93
4. Procedimiento	96

CAPITULO IV

RESULTADOS

1. Resultados de la investigación	98
---	----

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN	122
CONCLUSIONES.....	127
RECOMENDACIONES	128
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	129
ANEXOS	
CASO N°1	
CASO N°2	

LISTA DE TABLAS

TABLA 1 Promedios presión sistólica	99
TABLA 2 Promedios presión diastólica	100
TABLA 3 Nivel de malestar ansiedad familiar	101
TABLA 4 Nivel de malestar cólera e irritabilidad	102
TABLA 5 Nivel de malestar depresión.....	103
TABLA 6 Nivel de malestar tensión muscular	104
TABLA 7 Nivel de malestar fatiga.....	105
TABLA 8 Nivel de malestar dolor de cabeza	106
TABLA 9 Nivel de malestar dolor de cuello	107
TABLA 10 Nivel de malestar ineficacia de solución de problemas.....	108
TABLA 11 Frecuencia ira rasgo pre- test	109
TABLA 12 Frecuencia ira estado pre-test	110
TABLA 13 Frecuencia índice de expresión de la ira pre-test.....	111
TABLA 14 Frecuencia ira rasgo post-test.....	112
TABLA 15 Frecuencia ira estado post-test.....	113
TABLA 16 Frecuencia índice de expresión de la ira post-test.....	114
TABLA 17 Frecuencia ansiedad estado pre-test	115
TABLA 18 Frecuencia ansiedad rasgo pre-test.....	116
TABLA 19 Frecuencia ansiedad estado post-test	117
TABLA 20 Frecuencia ansiedad rasgo post-test	118
TABLA 21 Prueba T de Student al factor ira/hostilidad	119
TABLA 22 Prueba T de Student al factor ansiedad.....	120
TABLA 22 Prueba T de Student la variable presión arterial	121

LISTA DE GRAFICOS

GRÁFICO 1 Dispersión de promedios presión arterial sistólica	99
GRÁFICO 2 Dispersión de promedios presión arterial diastólica	100
GRÁFICO 3 Dispersión de promedios síntoma ansiedad familiar.....	101
GRÁFICO 4 Dispersión de promedios síntoma cólera e irritabilidad.....	102
GRÁFICO 5 Dispersión de promedios síntoma depresión	103
GRÁFICO 6 Dispersión de promedios síntoma tensión muscular.....	104
GRÁFICO 7 Dispersión de promedios síntoma fatiga	105
GRÁFICO 8 Dispersión de promedios síntoma dolor de cabeza	106
GRÁFICO 9 Dispersión de promedios síntoma dolor de cuello.....	107
GRÁFICO 10 Dispersión de promedios síntoma ineficacia solución de problemas.....	108
GRÁFICO 11 Comparación entre los niveles obtenidos en la escala ira rasgo antes del programa	109
GRÁFICO 12 Comparación entre los niveles obtenidos en la escala ira estado antes del programa	110
GRÁFICO 13 Comparación entre los niveles obtenidos en la escala índice de la expresión de la ira antes del programa	111
GRÁFICO 14 Comparación entre los niveles obtenidos en la escala ira rasgo después del programa.....	112
GRÁFICO 15 Comparación entre los niveles obtenidos en la escala ira estado después del programa.....	113
GRÁFICO 16 Comparación entre los niveles obtenidos en la escala índice de la expresión de la ira después del programa	114
GRÁFICO 17 Comparación entre los niveles obtenidos en la escala ansiedad estado antes del programa.....	115
GRÁFICO 18 Comparación entre los niveles obtenidos en la escala ansiedad rasgo antes del programa	116
GRÁFICO 17 Comparación entre los niveles obtenidos en la escala ansiedad estado después del programa	117
GRÁFICO 17 Comparación entre los niveles obtenidos en la escala ansiedad rasgo después del programa.....	118

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en el mundo occidental. Pero además, el hecho de padecer una de estas afecciones implica para muchos pacientes una limitación en su vida normal con el consiguiente impacto psicológico. (Gallar, 2006)

La hipertensión arterial HTA, es un serio problema de salud pública en la mayoría de los países que ocupa desde hace años un puesto elevado en la lista de afecciones a controlar en nuestra sociedad, dado que la morbilidad nacional y mundial es muy elevada. Es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular, cuya alta prevalencia y la posibilidad de ser modificada mediante la intervención terapéutica la convierten en un problema de gran interés sanitario y socioeconómico.

Se entiende la hipertensión arterial como un problema de salud de origen multifactorial, en el que existen tres grandes categorías de factores implicados: los factores biológicos clásicos, los factores comportamentales de riesgo asociado (hábitos de alimentación, consumo de tabaco y alcohol,

y la práctica de ejercicio físico) y los factores psicológicos, incluyendo en estos últimos tanto los efectos de estrés sobre el sistema cardiovascular, como las variables individuales de tipo disposicional (hostilidad e ira como rasgo) y emociones negativas como la ira, la ansiedad o la depresión.

A partir del estudio realizado por Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Casado Morales, & Escalona Martínez (1994) adopta una perspectiva multicausal en la explicación de la génesis y mantenimiento de la Hipertensión Arterial (HA), prestando especial atención a las variables emocionales como factores de riesgo.

Labiano y Brusasca (2002) Consideran, que en pacientes hipertensos leves, es importante implementar procedimientos como la relajación, el entrenamiento autógeno, la retroalimentación biológica, la meditación, Yoga, la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en habilidades sociales; que contribuyen en la reducción de la presión arterial y de los efectos adversos del tratamiento farmacológico que afecta la calidad de vida de los pacientes.

El programa de intervención sigue un enfoque cognitivo-conductual, este tipo de programas son un paquete terapéutico que combinan diferentes técnicas dirigidas a enseñar al paciente a controlar los factores de riesgo implicados en la HTA.

Todo lo anteriormente expuesto se resalta la importancia de los programas de intervención psicológica para las enfermedades cardiovasculares como el trabajo de promoción y prevención de la salud, que lleven al paciente a adoptar estilos de vida saludables aumentando el bienestar físico percibido y disminuyendo el malestar asociado a los síntomas de la enfermedad (Fernandez Lopez, 2009)

En tal sentido, consideramos que la intervención con técnicas psicológicas, tienen el objetivo de disminuir la incidencia y prevalencia de la hipertensión arterial, a través del Programa cognitivo conductual, brindando técnicas a los pacientes para afrontar de forma más adaptativa a situaciones que

predisponen al desarrollo de este trastorno, con el fin de disminuir estos casos y mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

A partir de los planteamientos, mencionados la presente investigación cuasiexperimental pretende comprobar la efectividad de un programa cognitivo conductual para el control de la hipertensión arterial reduciendo algunos de los factores de riesgo psicológicos que son la ansiedad, ira/hostilidad y los síntomas asociados al estrés para el mejoramiento de su salud física y mental de los pacientes hipertensos. Mediante una pre –post test evaluaremos los niveles iniciales y finales tanto de ansiedad e ira/ hostilidad además de tener un registro de síntomas diarios donde los pacientes perciben como se sienten y a su vez registrando con el paso del programa como va disminuyendo estos síntomas y así tener mejores resultados.

Para un mejor entendimiento la investigación consta de cinco capítulo. En el primer capítulo incluye el planteamiento del problema, los objetivos, las hipótesis, las variables, la importancia del estudio y las limitaciones que se encontraron en las mismas.

En el segundo capítulo iniciamos el marco teórico donde profundizamos más sobre los temas de enfermedades cardiovasculares en el cual resaltaremos la hipertensión arterial y los factores de riesgo modificables que nos mostrara el grado de importancia que tiene la intervención primaria y dando hincapié a la intervención cognitiva conductual en dicha enfermedad.

Tercer capítulo está referido a la metodología del estudio en el cual comprende el tipo de investigación experimental con diseño cuasiexperimental de pre prueba y post prueba con un solo grupo. Los criterios de inclusión y exclusión que utilizamos para nuestra muestra, los instrumentos utilizados y el esquema del programa utilizado. En el cuarto capítulo se presenta el análisis interpretación de los resultados obtenidos en el pre test,, los síntomas evaluados durante la aplicación del programa y el post test donde se verá la efectividad del programa cognitivo conductual. Por último se presenta la discusión que donde realizamos el análisis y el

aporte brindado por nuestra investigación, además de las conclusiones y recomendaciones y material bibliográfico.

El presente trabajo busca contribuir la efectividad que tiene las técnicas cognitivas conductuales como parte del tratamiento de esta enfermedad y así demostrando el papel que desempeña el psicólogo de la salud en el tratamiento de enfermedades cardiovasculares.

CAPITULO I

LA INVESTIGACIÓN

1. El problema

La Hipertensión Arterial (HTA) es un trastorno del sistema cardiovascular, con una prevalencia del 4% en la población infantil y un 20% en la población adulta, porcentaje que se incrementa con la edad llegando a un 50% en personas mayores de 65 años. al tiempo que reducen la esperanza de vida de hombres y mujeres siendo ellas las que poseen factores hormonales preventivos padeciendo menos hipertensión que los hombres, situación que posteriormente desaparece pues los hombres mayores de 50 años e hipertensos padecen de un mayor índice de fallecimientos (Oblitas Guadalupe, 2010) sin embargo, la HTA no sólo tiene impacto en la salud, sino también en el ámbito económico y social donde las visitas frecuentes a los médicos y en general, el costo social que ocasiona la HTA y las enfermedades asociadas es muy alto, provocando que se destine muchos recursos a la salud generando una baja productividad laboral, obligando a otros miembros de la familia a

trabajar más para suplir la incapacidad, disminuye la calidad de vida de los pacientes afectando el estado de ánimo producidos por el tratamiento (Arrivillaga Quintero, Correa Sánchez, & Salazar Torres, 2007).

Según Ruiz Mori, Segura Vega, & Rodrguez Montes de Oca (2011) La HTA debe ser considerada como una enfermedad o condición clínica crónica que compromete fundamentalmente a los vasos sanguíneos, en forma tanto funcional como estructural, lo que condicionará el desarrollo de múltiples enfermedades cardiovasculares que se presentan como producto de que la presión arterial está por encima de los valores establecidos como normales siendo considerada como hipertensa a toda persona mayor de 18 años que presenta cifras de presión arterial iguales o superiores a 140/90mmHg. Esta enfermedad es multifactorial, en la cual, los problemas genéticos asociados a problemas medioambientales y personales, facilitan de alguna manera la disfunción endotelial distinguiéndose dentro de estos problemas las manifestaciones psicológicas como el estrés, la ira, la hostilidad y el patrón de conducta tipo A (Arrivillaga Quintero, Correa Sánchez, & Salazar Torres, 2007).

Holst Schumacher & Quirós Morales (2010) citando a Molerio y García (2004), nos dice que bajo determinadas condiciones, el estrés puede generar estados emocionales negativos como la ansiedad y la depresión, que pueden tener un papel desencadenante o agravante en determinados trastornos como la hipertensión arterial esencial, por tanto se vuelve relevante el entrenamiento adecuado para su control. Debido a la incidencia, prevalencia y perfil incapacitante o mortal de la HTA promueve que su atención no deba reducirse a un tratamiento farmacológico, se necesita detectar mecanismos que incluyan los efectos conductuales, cognitivos y emocionales en su diagnóstico (Riveros, Ceballos, Laguna, & Sanches-Sosa, 2005).

Las técnicas cognitivo-conductuales de terapia y la modificación de conducta son muy utilizados para complementarse, junto con el abordaje médico, en el tratamiento de múltiples enfermedades, entre ellas la hipertensión arterial. [Miguel-Tobal 1994 citado por Holst Quirós (2010)].

Para Riso (2006) La Terapia Cognitiva es una psicoterapia estructurada y de resolución de problemas, donde integran la intervención clínica directa del problema (terciaria) con la intervención secundaria (prevención) y primaria (promoción), que utiliza procedimientos cognitivos, comportamentales y experienciales para modificar fallas en el procesamiento de la información en distintos trastornos psicológicos.

En Arequipa el estudio sobre el tratamiento no farmacológico de la hipertensión es un tema poco explorado. La referencia más cercana encontrada es el trabajo realizado por Luis de la Cruz Vélchez en Lima titulado “Afrontamiento al estrés en personas hipertensas del Centro del Adulto Mayor de Lima Cercado” en donde identificaron las diferentes modalidades de recursos que presentan los adultos mayores hipertensos en relación a los no hipertensos, ante situaciones estresantes.

Por esta razón nos plantearemos la siguiente interrogante:

¿Qué efectos tiene el programa cognitivo conductual en el control de la HTA?.

2. HIPÓTESIS

A. Hipótesis general

- a. La aplicación del programa cognitivo conductual tendrá efectos positivos en el control de la hipertensión arterial.

B. Hipótesis específicas

- a. Si el nivel de ansiedad es elevada en los pacientes con HTA entonces un PCC reducirá este nivel
- b. Si el nivel de ira y hostilidad es elevada en los pacientes con HTA entonces un PCC reducirá este nivel
- c. Si los niveles de los síntomas asociados al estrés más frecuente son elevadas entonces un PCC reducirá estos niveles.
- d. Si los niveles de presión son elevados en los pacientes con HTA entonces un PCC controlara estos niveles.

3. OBJETIVOS

A. Objetivo general

Determinar la efectividad del programa cognitivo conductual en el control de la hipertensión arterial en pacientes del Policlínico Metropolitano de EsSalud Arequipa

B. Objetivos específicos

- a. Evaluar el nivel de ansiedad estado y rasgo en pacientes con HTA.
- b. Evaluar el nivel de ira estado rasgo y el índice de expresión de la ira en pacientes con HTA.
- c. Identificar la disminución en la ansiedad estado y rasgo durante la aplicación del programa.
- d. Identificar la disminución de ira estado rasgo y el índice de expresión de la ira durante la aplicación del programa.
- e. Registrar el nivel de los síntomas asociados al estrés más frecuentes en pacientes con HTA.
- f. Controlar los niveles de presión arterial en pacientes con HTA.

4. Importancia del estudio

Si bien la hipertensión se incrementa por factores de riesgo como la obesidad, el consumo de sal, etc.; también incurren los problemas psicológicos con lo que se puede considerar una enfermedad multicausal donde el factor de riesgo predominante es el comportamiento (Morrison & Bennett, 2008). Se ha descrito que las enfermedades cardiovasculares, se relacionan estrechamente con las conductas insanas y los hábitos de vida poco adecuados, lo que explica la participación de psicólogos en la modificación de los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares (Brannon & Feist, 2001)

La presión arterial al estar controlada por una serie de procesos fisiológicos permite que los psicólogos abordemos aquellos procesos

que activan al sistema nervioso autónomo. Por ejemplo las demandas físicas requieren una mayor presión arterial, provocando la activación del sistema nervioso simpático y parasimpático. Cuando la actividad del sistema nervioso simpático empieza a dominar y eleva paulatinamente la presión arterial durante periodos más largos hace que el individuo desarrolle una presión arterial elevada crónica, incrementando la magnitud del daño que puede provocar ataques al corazón, infartos cerebrales, disfunción renal, lesiones oculares e insuficiencia cardiaca. (Morrison & Bennett, 2008)

Considerando lo expuesto en líneas anteriores esta investigación da una alternativa en la atención integral de las enfermedades cardiovasculares. Si bien en la actualidad existen mejoras en el tratamiento farmacológico de la HTA, el tratamiento no farmacológico permite una mejor adherencia al procedimiento farmacológico y disminuyendo los factores de riesgo en especial los psicológicos, dándole al paciente una mejor calidad de vida, y reduciendo la tasa de mortalidad por problemas cardiovasculares.

Por ello consideramos la relevancia social, práctica y científica de esta investigación, porque a partir de los resultados obtenidos ofrecemos una alternativa al tratamiento actual de esta enfermedad demostrando la importancia de la intervención del psicólogo de la salud en el tratamiento de enfermedades cardiovasculares como la HTA, lo que permitirá una mayor presencia de la práctica psicológica dentro y fuera de los pasillos de los establecimientos de salud.

5. Limitaciones del estudio

Al no haber en nuestro medio programa de intervención psicología en las enfermedades cardiovasculares durante el desarrollo de nuestra investigación se presentó algunas limitaciones:

La ausencia de un grupo control que repotencien los resultados alcanzados asimismo el número de sujetos intervenidos es insuficiente

para extrapolar de manera general los resultados, lo cual tampoco desmerita los alcances aportados.

La negativa de los pacientes que debido a la falta de información sobre la importancia de los factores psicológicos en su enfermedad algunos mostraron indiferencia al momento de comunicar el inicio del programa.

Al seleccionar nuestra muestra hubo dificultad debido a los criterios de inclusión y exclusión debido a que la mayoría de los pacientes que concurren al servicio son adultos mayores de 70 años. La disposición de tiempo para la participación del programa hizo que la muestra inicial se redujera

Debido a que nuestro programa fue efectuado a fines del año 2015 y los primeros meses del 2016 dentro de las fechas festivas se produjo ausentismo de algunos los participantes por casi 1 mes además que por motivos de trabajo y viajes.

6. Definición de términos

A. Tensión arterial

La presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias. Esa fuerza no es constante, sino que fluctúa a lo largo del ciclo cardiaco. El momento de máxima presión sobre las arterias es lo que se denomina presión arterial sistólica, mientras que la presión diastólica se alcanza cuando se registra el nivel más bajo de presión, midiendo la fuerza que se ejerce sobre las arterias en el intervalo de los latidos del corazón. (**Arrivillaga Quintero, Correa Sánchez, & Salazar Torres, 2007**)

B. Hipertensión arterial

La hipertensión arterial debe ser considerada como una enfermedad o condición clínica crónica que compromete fundamentalmente los vasos sanguíneos, en forma tanto funcional como estructural. La hipertensión arterial condicionaría el desarrollo de múltiples enfermedades cardiovasculares que se presentan como producto de

que la presión arterial (PA) está por encima de los valores establecidos como normales. (**Ruiz Mori, Segura Vega, & Rodríguez Montes de Oca, 2011**)

C. Factores de riesgo de la HTA

Definimos un factor de riesgo como cualquier característica o condición que tiene lugar con mayor frecuencia en las personas con ciertas enfermedades que aquellas que no la padecen. El enfoque de factor de riesgo simplemente proporciona información relacionada con la clase de condiciones asociadas directa o indirectamente a una enfermedad o trastorno en particular que es este caso es en relación a hipertensión arterial. (**Brannon & Feist, 2001**)

D. Ansiedad

Sensación de impotencia e incapacidad de enfrentarse a eventos amenazantes, caracterizada por el predominio de tensión física. Se manifiesta frente a cualquier amenaza percibida, sea esta físicamente real, psicológicamente molesta o incluso imaginaria. (**Consuegra Anaya, 2010**)

E. Ira/hostilidad

Es el sentimiento de desagrado que una persona tiene ante una circunstancia determinada, que le impide actuar de forma serena produciendo alteraciones de la conducta que llegan hacer extremas. (**Consuegra Anaya, 2010**)

F. Programa

El concepto genérico de programa supone el establecimiento previo y sistemático de contenidos, criterios, medidas o condiciones para regular el funcionamiento de una actividad o conseguir el mejor logro en el campo político, económico, sanitario, social, educativo...tanto programas como áreas de la actividad humana. Puede abarcar a todo un país o solo un pequeño grupo incluso se denomina programa al plan sistémico dirigido a obtener cambios comportamentales en un

solo individuo. (**Marrou Ulloa, Raffo Benavides, & Zapata Ponce, 2010**)

La terapia cognitivo conductual es un ámbito de intervención en salud que trabaja con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas, de carácter aprendido. Estas respuestas se han practicado a lo largo del tiempo que se han convertido en hábitos del repertorio comportamental del individuo. Sin embargo, los individuos no siempre conocen el carácter aprendido de sus hábitos y consideran que tiene responsabilidad en los procesos que le afectan y puede ejercer control sobre ellos. Cuenta con técnicas y programas con un tiempo limitado en comparación con otras psicoterapias, es de naturaleza educativa y posee en esencia un carácter auto evaluador a lo largo del todo el proceso con continua referencia metodológica experimental y énfasis en la validación empírica de los tratamientos. (**Ruiz Fernandez, Díaz García, & Villalobos Crespo, 2012**)

7. Variables e indicadores

VARIABLES	DEFINICIONES	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍNDICES
Variable dependiente				
Hipertensión arterial	<p>La HTA se define como la elevación crónica de la presión sanguínea sistólica y diastólica o ambas, en las arterias.</p> <p>Influenciada por muchos factores conductuales y emocionales como la ansiedad, ira/hostilidad, estrés y depresión</p>	Ira/hostilidad	ira estado	No en absoluto Algo Moderadamente Mucho
			Ira rasgo	Casi nunca Algunas veces A menudo Casi siempre
			Expresión de ira	Casi nunca Algunas veces A menudo Casi siempre
			Ansiedad estado	No en absoluto Un poco Bastante Mucho
		Ansiedad	Ansiedad rasgo	Casi nunca Algunas veces Frecuentemente Casi siempre
			Síntomas asociados	Físicos Malestar Bajo Malestar Moderado

			Malestar Extremo	
		emocionales	Malestar Bajo	
			Malestar Moderado	
			Malestar Extremo	
	Presión arterial	Presión normal	<120/<80 mmhg	
		Pre hipertenso	120-129/80-89 mmhg	
		HTA estadio 1	140-159/90-99 mmhg	
		HTA estadio 2	>160/>100 mmhg	
Variable independiente				
Programa	Es un conjunto organizado de acciones expresadas en objetivos. Reducir los factores que desencadenan problemas emocionales.	Control de factores	Ira Hostilidad	Pre-post test
			Ansiedad	Pre-post test
			Síntomas asociados	Registro diario
			Presión arterial	Antes Después

CAPITULO II

MARCO TEORICO Y CONCEPTUAL

1. EL APARATO CARDIOVASCULAR

El aparato cardiovascular bombea la sangre por el organismo, aportando un sistema de transporte inmediato de oxígeno y nutrientes, así como la eliminación de los desechos. Durante su funcionamiento normal los aparatos cardiovasculares, respiratorios y digestivos actúan de forma integrada: el aparato digestivo elabora los nutrientes y el aparato respiratorio proporciona el oxígeno, elementos que circulan por la sangre hasta alcanzar las distintas partes del cuerpo. Por otra parte, el sistema endocrino afecta el aparato cardiovascular, estimulando o deprimiendo el ritmo de la actividad cardiovascular. (**Brannon & Feist, 2001**)

A. Funcionamiento del aparato cardiovascular

La función principal del sistema cardiovascular es el transporte. Mediante la sangre como vehículo de transporte, el sistema lleva oxígeno, nutrientes, desechos celulares, hormonas y muchas otras sustancias vitales para la

homeostasis corporal desde las células y hasta estas. La fuerza para mover la sangre por el cuerpo se proporciona mediante los latidos cardíacos y la tensión arterial. (**Marieb, 2008**)

El aparato cardiovascular está formado por el corazón y los vasos sanguíneos. Mediante la contracción y relajación, el músculo cardíaco bombea la sangre que circula por el organismo. La circulación de la sangre promueve el transporte del oxígeno hacia las células corporales y la eliminación de dióxido de carbono y otros productos residuales de las células. Todo el ciclo se completa en unos veinte segundos cuando el cuerpo está en reposo, pero el ejercicio acelera el proceso. (**Brannon & Feist, 2001**). La sangre viaja desde el ventrículo derecho del corazón a los pulmones, donde la hemoglobina (uno de los componentes de la sangre) se satura de oxígeno. Desde los pulmones, la sangre oxigenada regresa a la aurícula izquierda, luego pasa por el ventrículo izquierdo y finalmente, al resto del organismo. Las arterias, que transportan la sangre oxigenada, se ramifican en vasos con diámetros cada vez menores, denominados arteriolas, y que por último, circula por minúsculos capilares que conectan las arterias con las venas. El oxígeno se difunde por las células corporales y el dióxido de carbono y otros residuos químicos pasan al torrente sanguíneo para poder ser eliminados. La sangre desprovista de oxígeno regresa al corazón a través del sistema de venas, empezando por las vénulas minúsculas y finalizando en las dos venas más grandes que desembocan en la aurícula derecha superior del corazón.

B. Enfermedades cardiovasculares

Amigo (2012) menciona que las enfermedades cardiovasculares incluyen un amplio número de trastornos que afectan al sistema circulatorio y al corazón. Entre ellas cabe reseñar la cardiopatía isquémica y el accidente cerebrovascular. La cardiopatía isquémica puede manifestarse bajo diversas formas clínicas como son la angina de pecho, el infarto de miocardio, la insuficiencia cardíaca, las arritmias o la muerte súbita.

Dichos trastornos suelen ser el resultado de los procesos intensamente relacionados. El primero de ellos es la ateroesclerosis que es el resultado de

la acumulación de placas de ateroma en las arterias. Estas placas, que están formadas por colesterol y otros lípidos (grasas), además de tejido conectivo y tejido muscular, crecen y se calcifican, taponando las paredes arteriales y dificultando, taponando las paredes arteriales y dificultando de este modo el flujo sanguíneo.

El segundo de estos procesos, la arterioesclerosis, se refiere a la perdida de elasticidad de las arterias que, al endurecerse, reducen la capacidad del sistema cardiovascular y su tolerancia al incremento del volumen sanguíneo procede del corazón. Se trata de un proceso inflamatorio en el que parece implicada, en particular, la proteína C-reactiva.

Ambos procesos, ateroesclerosis y arterioesclerosis, pueden producirse conjuntamente y afectar a cualquier arteria del organismo. Cuando afectan a las coronarias se produce una angina de pecho, si la restricción de sangre es parcial, o un infarto, cuando se bloquea totalmente el riesgo sanguíneo al corazón. Del mismo modo, cuando se bloquean las arterias que irrigan la cabeza y el cuello es cuando se produce un accidente cerebrovascular.

La revista de la sociedad peruana de hipertensión arterial (2003) teniendo en cuenta, que los últimos congresos médicos, tanto en América como en Europa sobre la hipertensión arterial y sus complicaciones, se señala que en los en desarrollo la causa de mayor morbilidad y mortalidad constituyen la hipertensión arterial y sus complicaciones (angina de pecho, infarto de miocardio, accidente cerebro vascular, insuficiencia renal crónica), en los países desarrollados, el costo de la atención a los enfermos de hipertensión arterial y sus complicaciones ascienden a miles de billones de dólares.

C. Prevalencia

La prevalencia de la enfermedad coronaria es mayor entre los 45 y los 65 años de edad se produce más en los hombres que en las mujeres, probablemente debido a que estas tiene estadísticamente menor número de factores de riesgo además antes de la menopausia las hormonas femeninas ejercen cierto efecto cardioprotector. (**Gallar, 2006**)

2. LA PRESIÓN SANGUÍNEA

La historia de la presión arterial comienza cuando alguien abandona el concepto del corazón como centro de las emociones y lo concibe como una bomba impelente de sangre. Para llegar al concepto de hipertensión fue necesario que se tomara conciencia de que la presión arterial es una variable, como la respiración, la frecuencia cardiaca o la temperatura, que algunas personas tiene la presión más elevada que otras y que mientras más eleva mayor es el riesgo de enfermar y morir. (**Alonzo Guerra, 2009**)

La presión arterial se define como la fuerza por unidad de área ejercida por la sangre sobre la pared de las arterias. La presión arterial depende del gasto cardiaco que es la cantidad de sangre bombeada por el corazón en un minuto y de la resistencia que ponen las arterias al paso de la sangre (resistencia vascular), que a su vez es producto de la longitud y diámetro de las arterias de pequeño calibre. El diámetro y la longitud de las arterias cambian de acuerdo con la altura o cercanía de la rama arterial respecto al corazón. La presión es menor en las pequeñas arterias de la periferia (arterias de resistencia) que en la aorta o sus ramas principales (arterias de conductancia). (**Garcia Barreto, 2000**)

Brannon & Feist (**2001**) menciona que en un sistema cardiovascular sano, la presión de las arterias no constituye problema alguno, ya que estas son bastantes elásticas. En un sistema cardiovascular dañado por la ateroesclerosis o arterioesclerosis, la presión de la sangre de las arterias puede provocar graves consecuencias. El estrechamiento de las arterias y la perdida de la elasticidad tienden a elevar la presión sanguínea y a reducir la capacidad del aparato cardiovascular.

Marrison y Bennett (**2008**) señalan que la presión arterial tiene dos componentes:

1. El grado de presión impuesto a la sangre como resultado de su constricción dentro de las arterias y venas, conocido como presión arterias diastólica.

2. Una presión adicional a medida que la onda de la sangre impulsada desde el corazón fluye por el sistema (nuestro pulso), conocida como presión arterial sistólica.

Esta presión se mide en milímetros de mercurio (mmHg), que representa la altura de un tubo de mercurio en milímetros que la presión puede impulsar hacia arriba (utilizando lo que ahora es un anticuado esfigmomanómetro). Esta presión varía en las distintas partes del cuerpo, siendo máxima cerca del corazón y mínima cuando la sangre está volviendo al corazón. Para normalizar la medición de la presión arterial, se suele medir en la parte superior del brazo. Un nivel saludable de presión arterial es de una presión sistólica inferior a 130-140 mmHg y una presión diastólica inferior a 90 mmHg (que se escribe como 130/90 mmHg).

Los niveles de presión arterial se clasifican de la siguiente forma, según el informe de Joint National Committee on prevention, detection and treatment of high blood pressure para adultos mayores de 18 [JNC-VII], (2004)

Clasificación	Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica
Normal	<120 mm Hg.	<80 mm Hg.
Prehipertenso	120-139 mm Hg.	80-89 mm Hg.
HTA		
Estadio I	140-159 mm Hg.	90-99 mm Hg.
Estadio II	>160 mm .Hg.	>100 mm Hg.

La clasificación de la presión arterial según la guía europea del 2007 es la siguiente:

Clasificación	Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica
Optima	<120	<80 mm Hg.
Normal	120-139	80-89 mm Hg.
Normal alto	130-139	85-89 mm Hg.
HTA		
Grado 1	140-159	90-99 mm Hg.
Grado 2	160-179	100-109 mm Hg.
Grado 3	≥180	≥100 mm Hg.
Sistólica aislada	≥140	<90 mm Hg.

Según la guía diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial (**2011**) existen básicamente cuatro tipos de presión:

- Presión sistólica o máxima
- Presión diastólica o mínima.
- Presión de pulso, que es la diferencia de la presión sistólica menos la diastólica.
- Presión arterial media, que es la presión de perfusión de los tejidos. Se calcula agregando a la presión diastólica la tercera parte de la diferencia entre presión sistólica y la diastólica.

$$\text{PAM} = \text{PAD} + \frac{1}{3} (\text{pres sist} - \text{pres diast})$$

A. Beneficios de controlar la presión arterial

La sociedad de cardiología peruana (**2011**) mencionan que los beneficios de controlar la presión arterial son muy amplios.

En personas menores de 60 años:

- Se reduce el riesgo de stroke en 42%

- Se reduce el riesgo del evento coronario en 14%

En personas mayores de 60 años:

- Se reduce la mortalidad total en 20%
- Se reduce la mortalidad cardiovascular en 33%
- Se redúcela incidencia de stroke en 40%
- Se reduce la enfermedad coronaria en 15%

Reducir la PA sistólica en 10 mmHg y la diastólica en 5 mmHg disminuye el riesgo de ACV en un 40% y de la enfermedad coronaria isquémica en un 16%.

3. LA HIPERTENSION ARTERIAL

A. Generalidades

Según Luban Plozza & Poldinger (1986) En la investigación se consideró cada vez más a la hipertensión sanguínea como señal biológica inespecífica – equiparable acaso a la velocidad de sedimentación de los glóbulos de la sangre, susceptible de causas primarias muy diversas. Se descubrió que la hipertensión era factor de riesgo de capital importancia y que la medicación antihipertensora podía rebajar netamente el riesgo de morbilidad y mortalidad condicionado a la presión elevada. Sin embargo quedan por resolver muy importantes problemas del surgimiento, la evolución y la cronificación de la tensión arterial excesiva.

Ampliando resultados de la investigación médica y en base a reflexiones de carácter psicológico y sociológico, se logra una mejor intelección de los factores condicionantes de la enfermedad y se disponen unas bases óptimas para los métodos de tratamiento.

La hipertensión es una de las más comunes dolencias del ser humano. La padecen un 10% de los cuarentones y un 30% de los mayores de sesenta años.

B. Definición y prevalencia

La hipertensión arterial debe ser considerada como una enfermedad o condición clínica crónica que compromete fundamentalmente los vasos sanguíneos en forma tanto funcional como estructural. La hipertensión arterial condicionaría el desarrollo de múltiples enfermedades cardiovasculares que se presentan como producto de que la presión arterial (PA) está por encima de los valores establecidos como "normales". (**Ruiz Mori, Segura Vega, & Rodrguez Montes de Oca, 2011**)

La organización mundial de la salud (OMS) define la hipertensión arterial como las cifras iguales o superiores a 90 mm Hg. De presión diastólica y 140 mm Hg. De presión sistólica ambas registradas en reposo. Estos límites están basados en los resultados de varios estudios clínico-epidemiológicos en los cuales se demostró que mientras más elevada es la presión arterial se padece con mayor frecuencia de infartos cardiacos, insuficiencia renal, insuficiencia cardiaca y accidentes tromboticos, embólicos o hemorrágicos cerebrales. (**Garcia Barreto, 2000**)

Según Amigo (2012) hay complicaciones potenciales de la hipertensión arterial que son:

Órgano afectado	Relacionadas con arterioesclerosis acelerada	Relacionadas con la hipertensión per se
Corazón	Angina, infarto de miocardio.	Insuficiencia cardiaca
Cerebro	Crisis isquémicas, infarto.	Hemorragia cerebral.
Riñón	Enfermedad vascular renal.	Nefroesclerosis, insuficiencia renal.
Ojos	Accidentes vasculares retinianos	Hemorragias
Arterias	Oclusión arterial	Aneurisma

El tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial se apoya actualmente en medicamentos clasificados en cuatro categorías. Según Hernández et al. (2000) citado por (**Arrivillaga Quintero, Correa Sánchez, & Salazar Torres, 2007**) estos fármacos son los diuréticos, betabloqueadores, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, calcioantagonistas y simpaticolíticos. Sobre la terapia farmacológica antihipertensiva, Donker (1991), en Buela-Casal y Caballo (1991) citado por (**Arrivillaga Quintero, Correa Sánchez, & Salazar Torres, 2007**), afirma que su valor preventivo en cuanto a la incidencia de mortalidad por enfermedades cardiovasculares es dudoso; los efectos curativos positivos aparecen claramente en casos graves de hipertensión y los efectos secundarios de la medicación afectan la calidad de vida.

C. Importancia

La sociedad peruana de cardiología (**2011**) refiere que el control y el manejo de la presión arterial son extremadamente importantes por dos motivos:

En primer lugar, por la frecuencia con que se presenta esta enfermedad en el Perú, uno de cada cuatro peruanos mayores de 18 años es hipertenso.

En segundo lugar, por el alto riesgo que genera la hipertensión arterial, pues es un factor de riesgo significativo que propicia las siguientes enfermedades:

- a. Enfermedades cerebrovascular
- b. Enfermedad arterial coronaria
- c. Insuficiencia cardiaca
- d. Insuficiencia renal
- e. Enfermedad arterial periférica
- f. Demencia
- g. Fibrilación auricular

D. Prevalencia

La prevalencia de la hipertensión arterial va en aumento en forma significativa en todas las latitudes, lo cual se explica en parte por los nuevos valores de presión que en la actualidad se aceptan. También varía de un lugar a otro, y dicha variabilidad se relaciona con las particularidades genéticas y ambientales que caracterizan a cada región.

En Estados Unidos, la prevalencia de la hipertensión arterial en mayores de 18, está entre 30% y el 37%, y es un poco mayor en los hombres que en las mujeres. Los afroamericanos tienen una prevalencia y una incidencia mayor en comparación con sectores de la población blanca.

En América latina se vive una transición epidemiológica, con coexistencia de enfermedades infecciosas agudas y enfermedades cardiovasculares crónicas. La mortalidad cardiovascular representa el 26% de las muertes por todas las causas, pero podría experimentar un aumento epidemiológico debido a la creciente prevalencia de los factores de riesgo.

En el Perú, la sociedad peruana de cardiología desarrollo en enero y diciembre del 2004, el estudio TORNASOL, en cuyo marco se realizaron encuestas a una población compuesta por 14 826 personas de 26 ciudades distribuidas en todos los departamentos del país: 10 en la costa, 12 en la sierra y 4 en la selva. Gracias a este estudio se sabe que según la clasificación del JNC VII, la prevalencia de hipertensión arterial es de 23% (27,1% para los varones y 20.4% para las mujeres).

Según el estudio TORNASOL, el 45% de las personas hipertensas saben que lo son. De ellas, el 73% reciben tratamiento; el 45% de personas que componen este grupo están siendo controladas adecuadamente, lo que representa el 14,7% del total de hipertensos del país.

En nuestro país la población de 15 y más años de edad con presión arterial medida, se encontró un 16,6% con hipertensión arterial; siendo los hombres más afectados (21,5%) que las mujeres (12,3%). La

prevalencia de hipertensión arterial es mayor en la Costa sin Lima Metropolitana (20,2%) seguido por Lima Metropolitana (18,7%); en tanto, la menor prevalencia se registró en la Selva (11,9%) y en la Sierra (13,3%). De la población con diagnóstico médico de hipertensión arterial, el 62,2% ha recibido y/o comprado medicamentos para controlar la presión alta. La población femenina hipertensa con tratamiento farmacológico alcanzó el 63,3% y la masculina 60,5%. La mayor proporción de hipertensos con tratamiento reside en Lima Metropolitana y Costa sin Lima Metropolitana con 69,3% en cada caso; seguido por la Selva (51,2%) y Sierra (46,2%). (**INEI, 2013**)

E. Diagnóstico

Para diagnosticar que una persona es hipertensa el médico debe basarse en los siguientes elementos:

- La historia clínica
- La media de dos o más lecturas obtenidas en cada una de las dos o más consultas realizadas después de la evaluación final
- El examen físico
- Exámenes auxiliares

a) Técnica para medir la presión arterial

En la actualidad existen modernos equipos digitales, pero el instrumento clasificamente utilizando es el esfingomanómetro anaeroide o de mercurio con brazalete adecuado.

Para medir la presión arterial es necesaria la técnica apropiada que considera los siguientes requerimientos:

- El paciente debe haber descansado por lo menos durante 5 minutos antes de la medición
- En cuanto a la posición, el paciente debe estar sentado con el brazo apoyado, la ropa no debe oprimirse en el brazo y el brazalete debe ser colocado al nivel del corazón.

- La persona no debe haber fumado ni consumido cafeína durante 30 minutos previos a la toma de presión.
- Es preciso asegurarse de que el brazalete tenga ancho adecuado. Este tiene que guardar relación con el ancho del miembro en que se coloca: así, el brazalete para el brazo es de 13 cm de ancho, mientras que el brazalete para la pierna es de 18 cm a 20 de ancho y cubre el 80% de la circunferencia de dicho miembro.
- El brazalete debe cubrir las dos terceras partes de la longitud del brazo y el borde inferior debe estar entre 2 cm y 3 cm por encima de la flexura del codo, de tal forma que se pueda colocar el estetoscopio sobre la arteria braquial.

b. Procedimiento

- Se debe localizar adecuadamente el latido de la arteria braquial y pulso radial
- Seguidamente se debe inflar con rapidez el manguito hasta 30 mmHg por encima de la presión sistólica, reconocida por la desaparición del pulso radial.
- Al llegar a este punto se coloca el estetoscopio en la fosa antecubital y comenzar a desinflar el manguito lentamente a razón de 2 a 3 mmHg por segundo.
- El valor de la presión arterial sistólica o máxima se determina por el primer ruido de Korotkoff (fase1) y la presión arterial diastólica o mínima, por el último ruido (fase 5 de Korotkoff).
- Se debe realizar dos o más tomas de presión, separadas por 2 a 5 minutos, para posteriormente promediarlas. Si las dos primeras lecturas diferentes en más de 5 mmHg, se deben obtener lecturas adicionales y establecer un media entre ellas.

c. Situaciones que es preciso tener en cuenta.

En aquellas situaciones en que no desaparecen los ruidos ausculatorios, como sucede con los ancianos, los niños o en casos de insuficiencia aórtica, para la presión diastólica se utilizará la fase 4 de Korotkoff y se registrará las fases 4 y 5 de la siguiente manera: 149/72/0 mmHg.

En caso de que los ruidos no sean fáciles de escuchar o identificar antes de volver a medir la presión arterial se debe pedir al paciente que eleve su brazo y que abra y cierre la mano de 5 a 10 veces. En algunos pacientes, entre las fase 1 y 2 se puede presentar un agujero o vacío auscultatorio; hay que tenerlo en cuenta porque pueda dar una falsa lectura de la presión arterial.

La primera vez que se recomienda tomar la presión arterial en ambos brazos. Si se presentaran diferencias, las mediciones subsiguientes deben realizarse en el brazo en el que se tomó la cifra más alta. Si la diferencia de los brazos fuera de 20 mmHg o más para la presión sistólica y de 10 mmHg o más para la presión diastólica, se deberá sospechar la coartación de la aorta o la presencia de anomalías arteriales locales.

Si las cifras de presión se encuentran sobre 139/89 mmHg, se sugiere realizar un control seriado de presión arterial que incluye la medición en por lo menos otras dos oportunidades con un intervalo de una semana, para confirmar el diagnóstico de hipertensión arterial. Luego se deben promediar las cifras, esto permitirá clasificar al paciente en una de las etapas de hipertensión, lo que implica seguir distintas conductas. No se deben redondear las cifras.

El médico debe explicarle al paciente hipertenso el significado y la importancia de controlarse la presión y orientarlo para que se realice controles periódicos según su caso.

La sociedad peruana de cardiología señala:

Frecuencia recomendada para los controles clínicos		
Categoría	Sin tratamiento	contratamiento
PA optima /normal	Cada 2años	Cada 4-6 meses
PA normal alta	Cada año	Cada 3-6 meses
HTA nivel 1	Cada mes	Cada 2-3 meses
HTA nivel 2	Cada 7-15 dias	Cada 1-2 meses
HTA nivel 3	Cada 0-72 horas	Cada 7-15 dias

La presión arterial no es un valor que se mantenga permanente, constante, sino que sufre variaciones que dependen del estado emocional, de la actividad, del esfuerzo físico, del consumo de café o tabaco, etc. (**Ruiz Mori, Segura Vega, & Rodrguez Montes de Oca, 2011**)

d. Ruidos de Korotkoff

Korotkoff describió cinco tipos de sonidos:

- El primer sonido de Korotkoff es el sonido que marca la presión sistólica o máxima.
- El segundo sonido está constituido por los murmullos oídos en la mayor parte del espacio entre las presiones sistólicas y diastólicas. Pueden presentarse una atenuación de los ruidos que en algunos casos pueden llegar a desaparecer dando origen al agujero auscultatorio que se observa en los ancianos.
- El tercer sonido es cuando los ruidos se hacen más nítidos y aumentan su intensidad.
- El cuarto sonido: se oye en presiones dentro de 10mmHg sobre la presión sanguínea diastólica y es descrito como “golpeado pesadamente” y “acallando”, hay un claro ensordecimiento del ruido.

- El quinto y último de Korotkoff marca la presión diastólica. Luego continúa el silencio que se oye a medida que la presión del brazalete cae debajo de la presión sanguínea diastólica.

Exámenes auxiliares en la hipertensión arterial se describen en el siguiente cuadro:

EXAMENES AUXILIARES	
Exámenes complementarios de primer nivel	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de sangre • Análisis de orina. • Electrocardiograma
Exámenes complementarios del segundo nivel	<ul style="list-style-type: none"> • Ecocardiografía • Ultrasonido carotideo • Microalbuminuria • Fondo de ojo (retinopatía hipertensiva según Keith-Wagener) • Índice de presión arterial tobillo/brazo • Monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA). • Automedición domiciliaria de la presión arterial

F. Etiología de la Hipertensión arterial

a. Hipertensión arterial esencial o primaria

La hipertensión esencial, que abarca el 90% de la hipertensión en los estados unidos, hace referencia a la elevación de la presión sanguínea sin causa definida. (**Brannon & Feist, 2001**). Esta positivamente relacionada con factores tales como:

- La edad
- La pertenencia al grupo étnico afroamericano

- El peso corporal
- La ingestión de sodio
- El uso de tabaco
- La falta de ejercicio

Según Amigo Vázquez (**2012**) la hipertensión esencial es la más frecuente no tiene causa aparente, cuya prevalencia es del 20% de la población adulta. Esta claramente asociada a la arteriosclerosis, proceso inherente al envejecimiento. Por ello, la mayor parte de las personas mayores padecen, si no de hipertensión, al menos si de cifras tensionales algo mayores a la media normal.

Los dos principales problemas de esta anomalía según Manuel Gallar (**2006**) son:

- ✓ Es una afección asintomática, lo que significa que muchas personas pueden sufrirla sin saberlo, con el consiguiente riesgo de padecer trastornos asociados a la hipertensión. Se calcula que alrededor del 40% de los hipertensos ignoran que lo son.
- ✓ La repercusión negativa sobre determinados órganos vitales, como son:
 - En el corazón favorece la aparición de cardiopatía hipertensiva, isquemia e insuficiencia cardiaca
 - En el sistema nervioso central favorece la producción de accidentes cerebrovasculares agudos, con el consiguiente riesgo de muerte súbita o de secuelas (parálisis)
 - En el riñón dificulta su irrigación y por tanto sus funciones (insuficiencia renal).

- En los miembros inferiores dificulta su irrigación, con el peligro de trastornos: claudicación intermitente, ulceraciones, amputaciones.

La hipertensión esencial se tiene a manifestarse aquellos que en situaciones conflictuales denotan reacciones hipertónicas (hipertensión situacional). De persistir el conflicto, la hipertensión situacional se repite. Reacciones hipertensas repetidas, una actividad exacerbada del simpático a la manera de la reacción de aprestamiento cronificada definida por Cannon- con abigarradas interacciones con el sistema renina-angiotensina, una elevación del volumen de tiempo cardiaco y la alteración de las paredes vasculares determinadas que la hipertensión se fije siempre. (**Luban Plozza & Poldinger, 1986**)

La organización panamericana de la salud (**1990**) define como presión elevada sin causa orgánica evidente. La OMS está considerando que se han acumulado suficientes conocimientos sobre las causas de la hipertensión, lo cual justificaría abandonar el término esencial y utilizar mejor el de primaria..

La etiopatía de la hipertensión primaria no se conoce aún, pero los distintos estudios indican que los factores genéticos y ambientales juegan un papel importante en el desarrollo de la HTA primaria.

b. Hipertensión secundaria

La hipertensión secundaria es mucho menos habitual que la esencial o primaria y procede de otras enfermedades como la arterioesclerosis, trastornos renales y algunos problemas del sistema endocrino.

c. Hipertensión lábil

Los otros términos utilizados para describir este tipo de hipertensión arterial son los siguientes: hipertensión marginal (OMS), hipertensión limítrofe, pre-hipertensión, hipertensión reactiva, estado circulatorio hiperdinámico o síndrome cardiaco hipercinético.

Este cuadro se caracteriza por la variabilidad de los niveles de la presión arterial. En condiciones de reposos, tanto físico como mental, los pacientes presentan niveles normales o ligeramente aumentados de presión arterial, mientras se observan niveles elevados en respuesta a distintos estímulos (frio, ejercicio, estrés mental, emoción, etc.). Los pacientes presentan aumento del volumen minuto y de frecuencia cardiaca. La prevalencia de presión lábil es de aproximadamente 10% y es más frecuente entre hombres. Se recomienda administrar medidas no farmacológicas de control de la presión arterial y evaluar periódicamente los pacientes. En 10% a 25% de los pacientes la hipertensión se hace estable.

d. Hipertensión maligno

Actualmente la incidencia de la hipertensión maligna es baja ($\leq 1\%$ de los pacientes hipertensos) debido a que, en la mayoría de los pacientes el diagnóstico de la hipertensión arterial es más precoz y un número significativo recibe tratamiento adecuado. Hasta la década del 40, el 30% de los pacientes moría por hipertensión maligna.

El cuadro clínico se caracteriza por hipertensión arterial grave asociada a lesiones de órgano blanco:

- Presión arterial: diastólica $\geq 140\text{mmHg}$
- Riñón: albuminuria y disminución de la función renal (oliguria y azotemia).
- Fondo de ojo: grado V con edema de papila (pérdida de visión).
- Corazón: insuficiencia cardiaca.
- Cerebro: encefalopatía hipertensiva (cefalea significativa, mareos, confusión mental, convulsiones y coma).

Pronostico: es reservado. La hipertensión grave produce lesiones arteriales (arterioesclerosis hiperplásica, engrosamiento musculomucoso de la íntima y necrosis fibrinoide) anemia hemolítica y

coagulación intravascular. La mortalidad es > 90%. En los casos que se recupera, persiste el daño renal que puede llevar a la insuficiencia renal.

Factores de riesgo de hipertensión maligna:

- Raza: más frecuentes en negros
- Sexo: mujeres con toxemia gravídica
- Tratamiento concomitante: pacientes tratados con inhibidores de IMAO que reciben elementos ricos en tiramina o drogas simpaticolíticas.

Tratamiento: debe ser intensivo e inmediato.

4. FACTORES DE RIESGO PARA EL PADECIMIENTO DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Brannon & Feist (2001) el enfoque de factor de riesgo simplemente proporciona información relacionada con la clase de condiciones asociadas- directa o indirectamente a una enfermedad o trastorno en particular.

El enfoque del factor de riesgo para predecir las enfermedades cardíacas surgió en 1948 con un diseño prospectivo epidemiológico, de manera que todos los participantes carecían de cualquier indicio de enfermedad cardíaca al comienzo del estudio. El plan original consistía en realizar un seguimiento de vida de estas personas durante 20 años para estudiar las enfermedades cardíacas y los factores que determinan su desarrollo. Los resultados fueron tan valiosos que el estudio sigue su curso desde hace cincuenta años. Durante el inicio este estudio reveló diversos factores de riesgo en las enfermedades cardiovasculares, incluyendo el tabaquismo, un nivel elevado de colesterol, una presión sanguínea alta, la falta de actividad física, la dieta y la obesidad.. Otros estudios han detectado situaciones añadidas que se relacionan directa o indirectamente con las enfermedades cardíacas y entre ellas se incluyen factores de riesgo inherentes como la diabetes, los antecedentes familiares, el género y la

procedencia racial, así como factores psicosociales como la ansiedad fóbica, el estado civil, la situación laboral, la hostilidad y la ira.

Entre los principales factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares se encuentran: la hipertensión, la obesidad, el consumo de cigarrillo (Lichtenstein, 1982), la vida sedentaria (Dishman, 1982) y la conducta tipo A (Suinn, 1982) citados por Arrivilla, Correa & Salazar (2007) sugirió la existencia de cuatro conjuntos de factores relacionados con las enfermedades cardiovasculares: la desventaja económica, trastornos emocionales prolongados, el patrón tipo A de conducta y la sobrecarga. Todos estos factores poseen en común exigencias psicológicas excesivas.

E. Factores de riesgo inherentes o no modificable

Según Brannon & Feist (2001) Los factores de riesgo inherentes son el resultado de condiciones genéticas o fiscas que no cabe modificar a través de los cambios en el estilo de vida. Estos factores de riesgo son:

- Las personas con factores de riesgo inherentes tiene causas adicionales para reducir dichos factores de riesgo, que cabe modificar mediante el estilo de vida. Por ejemplo la diabetes juvenil es un factor de riesgo inherente en las enfermedades cardiovasculares. Las personas con diabetes juvenil presentan doble de probabilidad de morir de enfermedad coronaria que aquellos cuyo metabolismo del azúcar es normal.
- La edad es el mayor factor de riesgo inherente. Las personas mayores, por supuesto, son más propensas a morir por cualquier causa que las personas jóvenes. Sin embargo, a medida que las personas envejecen, aumenta la relación de muertes cardiovasculares debida a causas múltiples. En caso de las personas jóvenes de 15 a 24 años solo el 2% de las muertes se deben a enfermedades cardiovasculares, pero en caso de varones o mujeres mayores de 85 años , al menos la mitad de las muertes se atribuyen a enfermedades cardiacas o accidentes cerebro vascular.

- Los antecedentes familiares también constituyen un factor de riesgo inherente de las enfermedades cardiovasculares. Al igual que otros factores de riesgo, la historia familiar no puede alterarse mediante cambios de estilo de vida, pero las personas que tiene antecedentes pueden reducir su riesgo cambiando estos comportamientos y todo aquello que pueden modificar
- El género es otro factor de riesgo. Las enfermedades cardiovasculares son la causa principal de muerte tanto en hombre como mujeres. Sin embargo, los hombres presentan una tasa elevada de muerte por enfermedad cardiovasculares en todas las edades , si bien la diferencia se acentúa en las edades intermedias entre los 35 y 74 años que apartir de esta edad el porcentaje de mujeres mueren por enfermedades cardiovasculares aumenta drásticamente pero sigue sin equiparse al de los hombres.

Williams (1989) citado por Brannon % Feist (2001) las hormonas, el estilo de vida explica la diferencia entre género.

- Antecedente racial. Los afroamericanos, en comparación con los americanos de procedencia europea, presentan una tasa de mortalidad por problemas coronarios un 40% más elevada y un riesgo dos veces mayor en edades comprendidas entre los 15 y los 64 años. Aun no se ha establecido con claridad si el riesgo en el caso de los afroamericanos es inherente o está relacionado con los factores sociales, económicos o conductuales. Los riesgos que acechan en mayor medida a los individuos de raza negra son la elevada presión sanguínea, bajo ingresos y un escaso nivel educativo.

Las reacciones a la discriminación racial pueden ser en parte responsables del aumento del nivel de presión sanguínea entre los afroamericanos, pero esta cuestión se complica por factores de género, color de piel y clase social

Identificar a las personas con factores de riesgo inherentes constituye un aspecto importante, ya que estos individuos de alto riesgo pueden minimizar su perfil general modificando los factores que pueden controlar mediante el manejo conductual y ajustes en su estilo de vida.

F. Factores de riesgo modificables

El tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial comprende medidas idénticas a las de su prevención primaria y secundaria, con diferencias en el rigor con que se instrumentan, según cada paciente. Consisten en disminuir el peso corporal si está aumentado, consumir menos sodio y más potasio, practicar regularmente ejercicios aeróbicos, beber menos alcohol y dejar de fumar. El cumplimiento ideal de estas medidas permitiría disminuir la PA sistólica en 5-10 mm Hg, que equivalen al descenso promedio que se obtiene con la monoterapia medicamentosa.

(Consenso Latinoamericano sobre Hipertensión Arterial, 2001)

La conducta desempeña un papel importante en todos los factores de riesgo, con la excepción de los factores genéticos. El comportamiento voluntario desempeña un papel sustancial en todos los factores de riesgo, de lo que deduce que son potencialmente modificables además de influir en el desarrollo y curso de la enfermedad, están influenciados por esta y por el régimen de tratamiento. Por lo tanto los cambios de estrategias de conducta son decisivos de cara a la prevención y modificación de los factores de riesgo y en el tratamiento de la enfermedad coronaria.

(Fernandez , Martin, & Dominguez, 2003)

Según Brannon & Feist (2001) estos factores de riesgo de condición fisiologica son:

c. Nivel de colesterol de la sangre.

El colesterol sanguíneo es el nivel de colesterol que circula por el torrente sanguíneo; este nivel está relacionado (pero no es su totalidad) con el colesterol dietético, la cantidad de colesterol que se ingiere en las comidas. El colesterol procedente de la dieta se obtiene a partir de las grasas animales pero no de los productos

vegetales. Si bien el colesterol es fundamental para la vida, una cantidad excesiva puede producir enfermedades cardiovasculares.

Los niveles de colesterol LDL (lipoproteínas de baja densidad) presentan una fuerte relación positiva con la incidencia de cardiopatía isquémica; los de colesterol HDL (lipoproteínas de alta densidad) muestran una fuerte relación negativa. La hiperlipidemia primaria la predisposición genética determina el rango de los niveles de lípidos en plasma, los factores ambientales, como una dieta alta en colesterol y grasa saturadas, influyen drásticamente en las concentraciones de lípidos por lo que hay que referir la relación que ha suscitado una intensa investigación en los últimos años.

(Fernandez , Martin, & Dominguez, 2003)

Los hombres con niveles de colesterol de 209 a 215 presentaban una probabilidad mucho mayor de desarrollar enfermedades coronarias y morir de enfermedades cardiovasculares que los hombres que tenían niveles de colesterol totales de 118 a 172. **(Brannon & Feist, 2001)**

d. La hipertensión

La hipertensión no produce síntomas manifiestos y de hecho pueden producirse niveles de presión sanguínea excesivamente elevados sin verse acompañado de síntoma alguno. **(Brannon & Feist, 2001)**

La hipertensión no se produce únicamente como resultado de la conducta, pero si está fuertemente influida por muchos factores conductuales. Entre los que cabe destacar, la obesidad, la inactividad física, el consumo de tabaco, la excesiva ingesta de alcohol y la dieta. **(Fernandez , Martin, & Dominguez, 2003)**

El estrés psicológico también podría contribuir al desarrollo de la hipertensión esencial. En momentos de estrés, la actividad simpática aumenta el tono muscular de las arterias y la potencia de las contracciones del corazón, y ambos factores contribuyen a incrementos a corto plazo de la presión arterial, que después

disminuye cuando la actividad parasimpática sigue a un periodo de estrés. Sin embargo, si el estrés es sostenido o frecuente, la actividad del sistema nervioso simpático empieza a dominar y eleva paulatinamente la presión arterial durante periodos más largos, hasta que el individuo desarrolla una presión arterial elevada crónica. (**Morrison & Bennett, 2008**)

G. Factores psicológicos- emocionales

f. Personalidad

En los últimos años, numerosos factores psicosociales se han asociado con la incidencia y progresión de la enfermedad coronaria. La mayoría de la investigación se ha centrado en los trastornos afectivos, emociones negativas y aislamiento social como posibles factores de riesgo coronario. En poblaciones libres de enfermedad, la evidencia sugiere que caracteres estables de personalidad representan determinantes para la depresión, estrés psicológico, estrés vital, humor y bienestar. Las diferencias individuales de personalidad y de capacidad de reacción también se han asociado con estrés psicosocial en enfermedad coronaria. Así, además de estudiar los factores de riesgo psicológicos, existe la necesidad de adoptar un enfoque de personalidad para identificar qué pacientes coronarios tienen riesgo de sufrir eventos cardíacos relacionados con el estrés emocional. La evidencia disponible sugiere que los factores de riesgo psicosociales tienden a agruparse juntos, y que la agrupación de estos factores, a su vez, aumenta el riesgo cardiovascular de forma importante. Caracteres de personalidad amplios y estables podrían tener valor predictivo con relación al agrupamiento de factores de riesgo en pacientes con enfermedad coronaria. (**Castellano Vazquez & Nasarre Lorite, 2006**)

- **Tipos de personalidad implicados en enfermedades cardiovasculares**

Según Castellano Vazquez & Nasarre Lorite (2006) Un tipo de personalidad se refiere a un subgrupo de entidades cuyos miembros

son más parecidos entre sí que a otros miembros de otro subgrupo de entidades. La delineación de los subtipos de personalidad puede ayudar a identificar a grupos de pacientes que comparten características comunes en términos de pronóstico y tratamiento. En otras palabras, la investigación debería de ir más allá de la pregunta tradicional de que características individuales afectan a la enfermedad, para responder a cómo la combinación de características determina la incidencia de la enfermedad. En 1959, dos cardiólogos, M. Friedman y R.H. Rosenman, observaron cómo los factores de riesgo cardiovascular principales (hipertensión, tabaquismo y colesterol elevado) no podían por sí solos explicar el gran aumento de incidencia de enfermedad coronaria que ocurrió en el segundo tercio del siglo XX en áreas geográficas industrializadas. Tras encontrar un aumento del colesterol y de la coagulabilidad sanguínea en pacientes expuestos a presiones agudas de trabajo, dieron nombre a un síndrome conductual descriptivo de pacientes de mediana edad con enfermedad

Patrón de conducta tipo A

Tras diversas investigaciones Amigo (2012) hace referencia a dos cardiólogos Friedman y Roseman que en 1974 formularon la existencia del llamado patrón de conducta tipo A (PCTA). Un patrón que predisponía a las personas a padecer enfermedades coronarias. Señalaban que su potencial riesgo era equiparable a los factores de riesgo tradicionales como el tabaco o el colesterol. Estas personas muestran una exagerado sentido de urgencia del tiempo y una gran impaciencia con aquellas personas que son más lentas, son ambiciosas y muy competitivas; sus relaciones con los demás suelen ser tensas y difíciles y están marcadas la mayoría de veces por la agresividad y la hostilidad.

Se denomina a la conducta propia de aquellas personas que viven la vida cotidiana sometidos a un estrés continuo debido a su afán de ascender niveles en la escala social, a una percepción de su profesión como un reto personal por conseguir lucro o prestigio, aun

espirito competitivo y perfeccionista que busca progresar y prevalecer sobre los demás. Esta ambición contra el reloj les lleva a actuar con rapidez e impaciencia, a acaparar proyectos o trabajos que a veces están por encima de sus posibilidades. Su tendencia a superar a los ideas les hace más suspicaces. El intenso estrés al que están habitualmente sometidos estos individuos incrementa considerablemente su riesgo cardiovascular y agrava el pronóstico si ya han padecido un infarto de miocardio, especialmente su riesgo cardiovascular en y agrava el pronóstico si ya han padecido un infarto de miocardio, especialmente so coexisten entre factores como el consumo de tabaco. (**Gallar, 2006**)

Este concepto supone que ciertas personas son más vulnerables para desarrollar la enfermedad coronaria, y son aquellas que mantienen un sentido de urgencia de tiempo, un exagerado sentido de involucramiento, multiplicidad de metas, hostilidad y competitividad en sus relaciones con los demás; son centrados en sí mismos, fácilmente irritables, impacientes, enérgicos y tensos. (**Morales Calatayud, 1997**)

Tron y Reynoso (2000) citado por Arrivillaga Quintero, Correa Sánchez, & Salazar Torres, (**2007**) que el patrón conducta tipo A puede describirse como un conjunto de conductas dentro de las que se observa excesiva competitividad, esfuerzos para realizar muchas tareas, agresividad, urgencia del tiempo y aceleración de las actividades comunes; los sujetos tipo A procuran no descansar, demuestran su hostilidad y estado de hiperalerta, son explosivos al hablar, presentan tensión de los músculos faciales y manifiestan sentimientos de lucha contra las limitaciones del tiempo y la insensibilidad del ambiente; son sujetos ordenados, bien organizados, que prefieren trabajar solos cuando se encuentran bajo presión; no se distraen fácilmente cuando desempeñan alguna tarea; se involucran profundamente en su trabajo y son incapaces de relajarse. Estas conductas se canalizan usualmente en una vocación o profesión con

tal dedicación, que los sujetos tipo A, a veces, niegan otros aspectos de su vida, tales como la familia o el ocio.

Patrón de conducta tipo D

Recientemente, se ha delimitado un nuevo perfil de personalidad, el tipo D (de la palabra inglesa distressed, afligido o consternado). El subtipo de personalidad tipo D se caracteriza por la tendencia conjunta a experimentar emociones negativas e inhibir estas emociones, al tiempo que se evita el contacto social. En otras palabras, el individuo tipo D es ansioso, melancólico, pesimista y socialmente inepto, tiende a tener pocos lazos sociales y a sentirse incómodo ante personas extrañas.

Los individuos de tipo D puntúan alto en escalas de afectividad negativa e inhibición social. La afectividad negativa se define como la tendencia a experimentar emociones negativas, incluyendo ánimo deprimido, ansiedad, ira y sentimientos de hostilidad. Individuos que puntúan alto en afectividad negativa no sólo experimentan más sentimientos de disforia y tensión, sino que tienen una visión negativa de ellos mismos, refieren mayor número de síntomas somáticos y tienen un aumento de la atención hacia estímulos negativos. La inhibición social se define como la evitación de peligros potenciales en relaciones sociales, tales como la no aceptación de otros. Los individuos que puntúan alto en inhibición social están frecuentemente inhibidos, tensos, inconfortables e inseguros en los encuentros sociales. Tanto la afectividad negativa como la inhibición social se asocian a la percepción de un entorno social poco favorable. La personalidad tipo D se define como la interacción entre la afectividad negativa (la cual está emparentada con la neurosis) y la inhibición social. La inhibición social se comporta como un moderador: la prevalencia de eventos cardíacos en aquellos individuos que puntúan alto en afectividad negativa y bajo en inhibición social es menor que la de aquellos que puntúan alto en ambos componentes. O, dicho de otra forma, el concepto de tipo D sugiere que el modo en el que las

personas se enfrentan a emociones negativas puede ser tan importante como el experimentar emociones negativas. La inhibición de emociones se ha asociado a mayor reactividad cardiovascular, menor capacidad de recuperación cardíaca, menor variabilidad de frecuencia cardíaca y, a largo plazo, aterosclerosis carotídea, incidencia de enfermedad coronaria y mortalidad cardíaca.

(Castellano Vazquez & Nasarre Lorite, 2006)

Para Castellano Vazquez & Nasarre Lorite (2006) La terapia cognitiva conductual, el aprendizaje de habilidades sociales, soporte emocional, psicoterapia interpersonal, varias formas de meditación, la hipnosis, el ejercicio físico, el biofeedback, y la respiración diafragmática reducen el estrés en los individuos con personalidad tipo D y mejoran su habilidad para socializarse. Por ejemplo, el practicar ejercicio físico de forma regular disminuye la ansiedad y la depresión, facilita Aspectos psicológicos en las enfermedades cardiovasculares 22 el manejo del estrés diario, proporciona un sueño más largo y reparador, y mejora el funcionamiento sexual, así como la tolerancia a la glucosa y los parámetros lipídicos. Los fármacos antidepresivos posiblemente sean beneficiosos en algunos individuos con personalidad tipo D. Se ha sugerido que el tratamiento con los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina podría reducir la evitación al daño –la tendencia de responder intensamente a estímulos nocivos–, aumentar la seguridad en uno mismo y disminuir la hostilidad

g. Estrés

El término estrés fue introducido en el campo de la salud por el filósofo Walter Cannon en 1932 pero se popularizó a Hans Selye en 1956 nos refería a los cambios psicofisiológicos que se producen en el organismo en respuesta a una situación de sobredemanda. (Gallar, 2006)

En cuanto al concepto de "estrés", su definición ha conocido varios momentos, desde el enfoque clásico eminentemente fisiologista de Selye, hasta los planteamientos más divulgados en la actualidad bajo

la orientación cognitivista en el sentido de que consiste en aquellas respuestas del organismo ante cualquier evento en el cual las demandas ambientales, las demandas internas, o ambas, agotan o exceden los recursos de adaptación del sistema social o del sistema a orgánico del individuo, al tiempo que se le concede gran importancia a la evaluación que el sujeto hace del estímulo, lo que tendrá una influencia en la intensidad de la respuesta. (**Morales Calatayud, 1997**)

Al tener en cuenta una fuerte evidencia epidemiológica y empírica, el estrés ha sido ampliamente considerado como un factor que contribuye al desarrollo de la hipertensión primaria. Consistente con este hallazgo, varias intervenciones psicológicas han sido diseñadas para reducirlo; apuntan hacia las deficientes estrategias de afrontamiento tanto cognitivas como conductuales de los hipertensos y hacia la reducción de la reactividad simpática. Varios estudios informan sobre los beneficios asociados a estas intervenciones, pero los resultados varían sustancialmente de acuerdo con el diseño del estudio. (**Arrivillaga Quintero, Correa Sánchez, & Salazar Torres, 2007**)

Lazarus y Folkman 1986 citado por Arrivillaga Quintero, Correa Sánchez, & Salazar Torres, (2007) han definido el estrés como un proceso. Estos autores están en contra de la concepción del estrés como un estímulo, debido a las reacciones diferenciales de las personas ante distintos estímulos por factores individuales, como la percepción, el aprendizaje, el juicio y la memoria, entre otros. Además, son contrarios a la posición que define el estrés como una respuesta fisiológica, bajo la evidencia de que muchas respuestas producen aumentos en la actividad del sistema nervioso central sin ser estresantes. Ellos hacen énfasis en los procesos cognoscitivos que intervienen entre las condiciones ambientales y la reactividad fisiológica que estas condiciones producen. Las variables más importantes, según esta perspectiva, se encuentra en la actividad mental del sujeto. Se considera que una persona está en una

situación estresante cuando los eventos conllevan demandas conductuales que le resultan difíciles de llevar a cabo o satisfacer. Es decir, si el sujeto se encuentra bajo estrés, esto depende tanto de las demandas del medio como de sus propios recursos para enfrentarse a él, o puede producirse por las discrepancias entre las demandas del medio externo e interno y la manera en que el sujeto percibe que puede dar respuesta a esas demandas.

La respuesta de estrés consiste en un importante aumento de la activación fisiológica y cognitiva, lo cual favorece una mejor percepción de la situación y sus demandas, un procesamiento más rápido y potente de la información disponible, una búsqueda de soluciones más eficaz y una mejor selección de las conductas adecuadas para hacer frente a las demandas de la situación, a la vez que prepara al organismo para actuar de forma más rápida y vigorosa ante las posibles exigencias de la situación. La sobreactivación a estos tres niveles: fisiológico, cognitivo y conductual, es eficaz hasta un cierto límite, el cual si es rebosado tiene un efecto desorganizador del comportamiento. A su vez, las consecuencias de la activación dependen de la frecuencia, intensidad y duración de la respuesta, lo cual puede tener repercusiones negativas, con una amplia gama de manifestaciones orgánicas, denominadas trastornos psicofisiológicos.

(Arrivillaga Quintero, Correa Sánchez, & Salazar Torres, 2007)

Según Gallar (2006) estos son los cambios que se observan ante una situación estresante:

- Una rápida movilización de la energía que permanece almacenada, de modo que la glucosa, las proteínas más simples y las grasas salen de las células y sed dirigen a la musculatura.
- Un incremento de la frecuencia cardiaca y respiratoria y la presión arterial, lo que facilita el transporte del oxígeno a las células.
- Una paralización de la digestión

- Disminución del impulso sexual
- Una inhibición de la actividad del sistema inmunitario

Ante la situación de estrés se producen en el sistema cardiovascular una serie de cambios característicos mediados por la activación del SN simpático. Estos incluyen el incremento de la frecuencia cardiaca y la constricción de las arterias principales. Si la situación estresante se repite a lo largo del tiempo se produce un desgaste en el sistema cardiovascular que acaba degenerando algún tipo de patología. El estrés puede favorecer a la aparición de placas ateroescleróticas compuestas por grasa, almidones y células espumosas en este estado puede los tres órganos importantes como el corazón, el cerebro y los riñones pueden sufrir patologías como angina de pecho, infarto del miocardio, insuficiencia renal o trombosis cerebral siendo situaciones puntuales de estrés. (**Gallar, 2006**)

h. Ansiedad

La ansiedad se define como un estado emocional de preocupación, inquietud, malestar, intranquilidad, desasosiego sin saber que o porque y en la mayoría de los casos es útil asociarla a una situación u objeto concretos. De ahí que la sensación de la ansiedad sea difusa, inespecífica, menos controlable y uno que no sepa cómo manejarla o como escapar de ella. (**Maganto Mateo & Maganto Mateo, 2010**)

Aguilar (2005) citado por Maganto Mateo & Maganto Mateo (**2010**) llegó a la conclusión de que la ansiedad tiene dos formas de manifestarse:

- Ansiedad rasgo: llamada así por que la considero una forma habitual de comportamiento, una característica de personalidad que se repite en situaciones similares. Así entendida, la ansiedad es estas personas es algo relativamente estable, son personas que se caracterizan por ser ansiosas.
- Ansiedad estado: se refiere a una situación o momento concreto en la vida de una persona que por razones que sean, se siente

intranquila, nerviosa, inestable, pero que habitualmente no es así; se trata de un estado emocional, no estable de comportamiento.

Las respuestas de ansiedad que son adecuadas para nuestra supervivencia se convierten en patólogas cuando se presentan estímulos insignificantes o neutros y aparecen con una intensidad exagerada o duran más de lo necesario. Esto lo observamos claramente en reacciones psicofisiológicas que se disparan ante determinados suceso, poco amenazantes.

Para Lidenfield (1998) citado por Maganto Mateo & Maganto Mateo (2010) hay cuatro aspectos que permiten diferenciar la ansiedad normal y la patológica:

- Intensidad, frecuencia y duración de la ansiedad
- Proporción entre la gravedad objetiva de la situación y la intensidad de respuesta de ansiedad
- Grado de sufrimiento que produce la persona.
- Grado de interferencia negativa en la vida cotidiana del sujeto (funcionamiento laboral, relaciones sociales, actividad de ocio etc.)

La ansiedad es multifacética, conlleva elementos diversos del dominio fisiológico, cognitivo, conductual y afectivo del funcionamiento humano (Beck & Clark, 2012)

La ansiedad también está asociado de un modo significativo a las enfermedades cardíacas y afección. Un estudio epidemiológico recogía que a los largo de 32 años en el estudio de seguimiento en el que la preocupación y la ansiedad están prospectivamente asociados con la enfermedad coronaria. No solo la ansiedad generalizada sino también la ansiedad fóbica han estado asociada con incremento de riesgo de infarto del miocardio.

Los síntomas de la ansiedad son de naturaleza fisiológica y reflejan la activación de los sistemas nerviosos simpáticos y parasimpáticos. La activación del SNS es la respuesta fisiológica más prominente en la

ansiedad que provoca los síntomas de hiperactivación como la constricción de los vasos sanguíneos periféricos, aumento de la fuerza en los músculos esqueléticos, aumento del ritmo cardiaco y de la fuerza en la contracción y dilatación de los pulmones para aumentar el aporte de oxígeno, la dilatación de las pupilas para mejorar la visión, el cese de la actividad digestiva, el aumento del metabolismo basal. Bradley 2000 citado por Beck & Clark (2012)

Beck & Clark (2012) nos dan una lista de síntomas de la ansiedad

Síntomas cognitivos:

- Miedo a perder el control, a ser capaz de afrontar
- Miedo al daño físico o a la muerte
- Pensamientos, imágenes o recuerdos atemorizantes.
- Percepciones irreales
- Escasa concentración, confusión distracción
- Atención o hipervigilancia hacia la amenaza

Síntomas conductuales:

- Evitación de las señales o situaciones de amenaza
- Huida o alejamiento
- Inquietud, agitación
- Hiperventilación
- Quedarse paralizado
- Dificultad para hablar

Síntomas afectivos:

- Nervioso, tenso o embarullado
- Asustado, temeroso, aterrorizado

- Inquieto
- Impaciente, frustrado

i. Ira/ hostilidad

La ira es una emoción que varía de intensidad yendo de la irritación leve a la furia intensa. Cuando la ira está fuera de control puede dar la sensación de que la persona está a merced de una emoción impredecible y poderosa. (**Maganto Mateo & Maganto Mateo, 2010**)

La ira-hostilidad perturba las relaciones familiares e interpersonales; tiene un impacto sobre el desempeño en el trabajo o en los estudios, lleva a decir cosas sobre las cuales las personas se sienten culpables o avergonzadas, disminuye la autoestima y hace sentir sin control emocional. La ira se presenta ante eventos específicos o generalizados. La ira generalizada es producida por un amplio rango de situaciones, experimentando períodos intensos y duraderos. La ira-hostilidad se está convirtiendo en uno de los factores de riesgo psicológico más importantes para comprender y explicar cómo los procesos emocionales pueden influir sobre los trastornos cardiovasculares. (**Arrivillaga Quintero, Correa Sánchez, & Salazar Torres, 2007**). Los componentes de la ira-hostilidad es el principal factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares: el componente experiencial-interno o el componente expresivo-externo. Al respecto, parece que la dimensión expresiva de la ira-hostilidad correlaciona positivamente con la aparición de trastornos cardiovasculares.

Las personas con altas puntuaciones en medidas de ansiedad y hostilidad presentan mayor prevalencia de ateroesclerosis. El nexo entre estos factores y el trastorno coronario se establecería a través de la mayor frecuencia y recurrencia de episodios de intensa activación fisiológica en respuestas a situaciones estresantes. Los sujetos con altos valores de hostilidad tienen a responder a las situaciones de estrés con

elevaciones de la presión arterial, del nivel de lípidos en sangre y de cortisol. (**Fernandez , Martin, & Dominguez, 2003**)

Willians y Cols(1989) citado por Brannon & Feist, (**2001**) presento pruebas que indicaban hostilidad cínica es especialmente peligrosa donde afirmaba que las personas que no confían en otras, que piensan lo peor de la humanidad y que tratan a los demás lo peor de la humanidad se perjudican así mismos y a su propio corazón. Por otra parte sugirió que las personas que utilizan el enfado como respuesta a los problemas interpersonales presentan un nivel más elevado de enfermedad coronaria. La hostilidad no es un riesgo específico de la enfermedad cardiovascular pero se relaciona con otras conductas asociadas a la enfermedad cardiovascular, entre ellas se incluye la presión sanguínea elevada.

La hostilidad y la ira se relacionan entre si este último puede definirse como una emoción desagradable, acompañado generalmente por una activación fisiológica y que generalmente, una condición que presenta una duración relativamente corta. Aron Siegman y sus colaboradores demostraron que la ira provocada en situaciones de laboratorio incrementaba algunas medidas de reactividad cardiovascular aumentando de forma específica la presión sanguínea sistólica y diastólica y si se veía acompañada de expresiones de ira, tal vez la expresión continua física o verbal de la cólera perpetuada durante muchos años podía incrementar el riesgo de contraer enfermedades cardiovasculares. (**Brannon & Feist, 2001**)

j. Depresión

La depresión es un estado emocional de abatimiento, tristeza, sentimiento de indignidad y culpa, lleva al que la siente a la soledad, la perdida de motivación, el retaso motor y la fatiga. En el supuesto más grave, puede llegar a convertirse en un trastorno psicótico donde la persona queda incapacitada para actuar en forma normal en su vida ya que no logra diferenciar lo que ocurre de lo que sucede en realidad. (**Maganto Mateo & Maganto Mateo, 2010**)

Los efectos de la depresión en la mortalidad cardiaca son mayores en aquellos pacientes que presentan un severidad más elevada de su enfermedad. Lo cual significaría que los efectos de la depresión en la evolución cardiaca afectarían fundamentalmente a este tipo de pacientes. (**Amigo Vázquez, 2012**)

Existen estudios que encuentran una relación entre la depresión y la severidad de los trastornos cardiacos hablando que los efectos de la depresión en la mortalidad fueron más altos en pacientes más severamente enfermos. Los autores explican estos datos aduciendo que las formas de depresión menos severas, que son probablemente más frecuentes en nuestra población, solo ejercen efectos relevantes en situaciones de marcada inestabilidad fisiológica. La evidencia sugiere que los pacientes cardiacos que están deprimidos tiene reducida la variabilidad de la frecuencia cardiaca; se cree que esta disminución refleja el incremento en el tono simpático/o descensos en la actividad vagal, a pesar de la posibilidad de múltiples mecanismos patofisiológicos que vinculen la depresión con los sucesos cardiacos, no se ha documentado una relación causal directa. (**Fernandez , Martin, & Dominguez, 2003**)

H. Factores conductuales- hábitos de vida

Garcia (**2000**) menciona que toda persona con hipertensión arterial o con riesgo a padecerla debe mejorar sus hábitos de vida, independientemente de que este recibiendo medicamentos antihipertensivos. La mayor parte de estos fármacos actúan solo parcialmente y que les mantiene ciertos hábitos, capaces por si mismos de favorecer el desarrollo de la hipertensión.

El PCTA no sólo se compone de una amplia gama de elementos emocionales estilos personales de funcionamiento, también de elementos cognitivos que emergen de una persona predispuesta en una conducta observable, cuando enfrenta una situación de reto. Así mismo, puede ser provocado no solamente por situaciones problema, sino por experiencias placenteras y agradables para la persona. Particularmente, son

situaciones disparadoras que se perciben como retos relevantes y se manifiesta por valores característicos, pensamientos, relaciones interpersonales, así como por gestos particulares, expresiones faciales, actividad motora y estilo de habla (lenguaje rápido y explosivo). Estos comportamientos se acompañan de incrementos en la frecuencia cardiaca y de niveles de conductancia de la piel o de presión arterial, mayores que los observados en sujetos que no son tipo A. (**Arrivillaga Quintero, Correa Sánchez, & Salazar Torres, 2007**)

d. El tabaquismo.

La relación del tabaco con una mayor incidencia de cardiopatía isquémica y enfermedades cardiovasculares y el cáncer de pulmón. El tabaquismo evidencia efectos tanto en los procesos ateroescleróticos como tromboticos, daño en el endotelio vascular, efectos en la agregación y supervivencia plaquetariau y elevación de los niveles de fibrinógeno. La nicotina eleva la tasa cardiaca y la presión sanguínea y produce un incremento en la demanda de oxigeno miocardial benowitz, (1988) citado por Fernández, Martin & Domínguez (2003). El monóxido de carbono, que unido a la hemoglobina termina formando la molécula carboxihemoglobina, disminuye la capacidad de la sangre para transportar oxígeno. Además de la edad del fumador, la dosis, la edad a la que comenzó a fumar y el género, que son factores que influyen en el efecto del tabaco, hay otros factores de riesgo cardiovascular con los que interactúan sinéricamente para influir en la incidencia de trastornos coronarios. Por ejemplo varios estudios han demostrado que los fumadores tienen un nivel más elevado de triglicéridos e el plasma que los no fumadores. Otros de los factores que influyen son los acontecimientos estresantes. Uno de los mecanismos por los que la combinación de fumar y estrés crónico incrementa el riesgo coronario.

Según el consenso latinoamericano sobre hipertensión arterial (2001)

El tabaquismo es un potente factor de riesgo cardiovascular. El riesgo

de muerte se duplica en hombres fumadores menores de 65 años. Si se deja de fumar antes de los 35 años, el riesgo se iguala con el de los no fumadores. En el estudio FRICAS realizado en personas que habían tenido un infarto agudo de miocardio, el riesgo relativo asociado al tabaquismo fue más alto en las mujeres que en los hombres. Cada cigarrillo que se fuma induce un incremento inmediato de la PA y de la frecuencia cardíaca, que dura aproximadamente 15 minutos, aunque no está probado que el tabaquismo crónico aumente la PA en forma sostenida. El efecto nocivo del tabaco es el mismo, cualquiera que sea la forma de uso (cigarrillo, puro). Los beneficios por dejar de fumar ya son evidentes al año. Los suplementos de nicotina, utilizados para ayudar a dejar de fumar, generalmente no aumentan la PA. A menudo es necesario efectuar ajustes en la dieta para evitar el aumento de peso que suele producirse al dejar de fumar, debido a la recuperación de la función gustativa que incrementa el apetito. El tabaquismo pasivo aumenta el riesgo cardiovascular, por lo que se recomienda, en lo posible, no permanecer en ambientes donde hay fumadores o, al menos, asegurar una buena ventilación de esos ambientes. Se ha comprobado que el humo de tabaco en el ambiente contiene más dióxido de carbono, alquitranes, metano y nicotina que el inhalado por el fumador activo.

En nuestro país según sexo, el consumo de cigarrillo es más recurrente en los hombres (34,6%) que las mujeres (8,3%). De acuerdo con la región natural de residencia, se encontró en Lima Metropolitana (26,6%) y la Selva (21,3%) mayores porcentajes de consumo de cigarrillos en la población de 15 y más años de edad; no obstante, entre los menores porcentajes se ubican la Sierra (16,7%) y Costa sin Lima Metropolitana (16,9%). (**INEI, 2013**)

e. La dieta

Durante las últimas dos o tres décadas han sugerido que la dieta contribuye en mayor medida a la probabilidad de desarrollar una

enfermedad cardiaca que el hecho de tener sobrepeso, el cual no tiene por qué ser un factor de riesgo independiente en este sentido. La dieta puede incrementar o reducir la probabilidad de desarrollar enfermedades coronarias (**Brannon & Feist, 2001**)

La reducción del peso corporal existe una clara asociación entre el peso corporal y la PA. Una reducción de 4,5 kg disminuye en promedio 3,7 mm Hg la PA sistólica y 2,7 mm Hg la diastólica, independientemente de la disminución del consumo de sodio. El adelgazamiento intensifica el efecto antihipertensivo de los fármacos en los sujetos hipertensos y se asoció con una incidencia de hipertensión 21% más baja en sujetos con PA límitrofe, tras un seguimiento de 36 meses. El objetivo es mantener un IMC de 18 a 25, para lo cual se recomienda una disminución moderada del aporte calórico, que permita perder no más de 0,5 kg/semana. La dieta no debe contener más de 30% de las calorías totales provenientes de grasas, preferentemente poliinsaturadas y monoinsaturadas (omega3, 6, y 9), con un mínimo de grasas saturadas (<5% del total de grasas). Además, conviene consumir menos carnes rojas y más carnes blancas (pechuga de aves y pescados de mar). La dieta DASH (Dietary Approach to Stop Hypertension), de eficacia antihipertensiva comprobada combina un bajo contenido de grasas y un generoso aporte de frutas y vegetales, granos enteros, nueces, pescado y aves. (**Consenso Latinoamericano sobre Hipertensión Arterial, 2001**)

El instituto nacional de estadística e informática INEI (**2013**) los resultados, las personas de 15 y más años de edad tienen 26,4 de IMC en promedio, esto es, se trata de una población con sobrepeso, al momento de la encuesta; siendo las mujeres, 26,7 con mayor IMC que los hombres, 25,9 en promedio. En relación con la región natural, las personas de 15 y más años de edad residentes en Costa sin Lima Metropolitana y Lima Metropolitana tienen 27,5 y 27,1 IMC en promedio, respectivamente en el momento de la encuesta; y, en la Sierra y Selva se encontraron 25,1 y 25,5 IMC en promedio, respectivamente. El 33,8% de las personas de 15 y más años de

edad, al tomarles las medidas antropométricas, resultaron con sobrepeso. Según sexo, el 34,8% de las mujeres y el 32,8% de los hombres tienen sobrepeso, en el momento de la encuesta. En la Sierra el 29,8% de personas de 15 y más años de edad padecen de sobrepeso, en el momento

de la encuesta. En Costa sin Lima Metropolitana, el 36,7% se encuentra con sobrepeso, seguido por el 35,7% en Lima Metropolitana y el 33,4% en la Selva.

f. El ejercicio físico

El ejercicio regular es un cardioprotector y está asociada con reducciones en la presión arterial y en los niveles de colesterol; se han encontrado que la actividad física disminuye los niveles de colesterol y los niveles de triglicéridos e incrementa los niveles de colesterol. **(Brannon & Feist, 2001)**

El Consenso Latinoamericano sobre la Hipertensión arterial (2001) nos habla que los ejercicios aeróbicos regulares disminuyen la PA, el riesgo de enfermedades cardiovasculares y la mortalidad global. El riesgo de desarrollar hipertensión aumenta un 20-50% en los individuos sedentarios. Se considera suficiente una actividad que genere un consumo de oxígeno del 40-60% del máximo para cada individuo, lo que se consigue con 30-45 minutos de caminatas sostenidas por lo menos 3 veces por semana.

La actividad física adecuada puede inducir un descenso de 6-7 mm Hg en la PA tanto sistólica como diastólica. Su efecto es independiente de la reducción del peso. Además, ofrece beneficios adicionales sobre el metabolismo lipídico (aumento del colesterol HDL y descenso de triglicéridos), incrementa la sensibilidad a la insulina y puede hacer más fácil dejar de fumar.

5. TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

C. Tratamiento farmacológico

A lo largo de la década de los 80 y principios de los 90 se propusieron y utilizaron nuevos fármacos (inhibidores de la ECA y los antagonistas del calcio) para el tratamiento de la HTA no complicada que, supuestamente, serían capaces de sustituir a los que habían sido clásicamente el tratamiento de elección, los diuréticos y los betabloqueantes. Sin embargo, los decepcionantes resultados de los ensayos clínicos han puesto de manifiesto que estos nuevos medicamentos no aportan ningún plus de eficacia y que solo parecen adecuados para la hipertensión que presentan otra patología asociada como la diabetes, disfunción sistólica, infarto de miocardio o insuficiencia renal. (**Amigo Vázquez, 2012**)

El JNC VII (2004) citado por Amigo (2012) el tratamiento farmacológico inicial hipotensor recomendado se inicia con un diurético tipo tiazida en la hipertensión en estadio 1, al que se le podrá añadir alguno de los otros medicamentos para optimizar el control de la presión arterial. En el estadio 2 se han de combinar dos tipos de fármacos, siendo uno de ellos en la mayoría de los casos un diurético. No obstante, estos nuevos medicamentos desempeñan un papel importante para el tratamiento de la hipertensión arterial que se presenta otra patología asociada como la diabetes, disfunción sistólica, infarto de miocardio o insuficiencia renal.

D. Tratamiento psicológico

A lo largo del tiempo varios estudios tuvieron como objeto verificar si los procedimientos del manejo del estrés encaminados a enseñar a relajarse a los pacientes hipertensos provocaban un descenso mantenido de la PA. Aunque en las investigaciones realizadas se han utilizado programas de intervención con matices diferentes, los aspectos más comunes de los programas más efectivos han coincidido en el entrenamiento de relajación muscular, la práctica dichas técnicas

y la identificación de las situaciones estresantes de la vida diaria y el uso de las habilidades adquiridas para hacer frente a dichas situaciones. (**Amigo Vázquez, 2012**) Así mismo, la guía para el manejo del estrés de la HTA del programa canadiense de educación para la hipertensión afirma que en los pacientes en los cuales el estrés pueda estar contribuyendo a la elevación de la PA, se debe de considerar como intervención del control del estrés, aconsejando en este caso la utilización de programas cognitivas conductuales individualizados y grupales ya que tales programas tiene la posibilidad de ser más eficaces.

6. LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

A. ¿QUÉ ES LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL?

La terapia cognitivo conductual (TCC) es un término genérico que se refiere a las terapias que incorporan tanto intervenciones conductuales (intentos directos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando el comportamiento) como intervenciones cognitivas (intentos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando las evaluaciones y los patrones de pensamiento del individuo) (Lega, Caballo, & Ellis, 1997). La premisa principal que apoya la TCC es que los trastornos o problemas emocionales, son resultado de respuestas aprendidas y pueden cambiarse con un nuevo aprendizaje al enseñar a pacientes a cambiar su conducta a través de procesos, los cuales pueden lograr cambios en las conductas y emociones problemáticas manteniendo características definitorias como: 1) la confianza en poner a prueba la hipótesis, establecer objetivos y recopilar datos; 2) la formación de una alianza cooperativa; 3) el énfasis en el aprendizaje de nuevas respuestas a las situaciones de vida (es decir, habilidades); 4) el enfoque en objetivos concretos y observables; y 5) el enfoque en cambiar reacciones actuales y futuras (Zayfert & Black Becker, 2008)

La investigación en Psicología Experimental ha fomentado el desarrollo de teorías de aprendizaje y motivación, lo que ha permitido

describir, explicar, predecir y controlar la conducta lo que forma un continuo conformado por tres categorías: Investigación básica, aplicada e investigación “puente”. La TCC, se ha desarrollado bajo los principios de la psicología aplicada, por lo que se han diseñado intervenciones aplicadas en la práctica clínica, comprobándose su efectividad empíricamente, por lo que se han aportado técnicas, estrategias y componentes que posibilitan a los pacientes aprender a controlar excesos o déficits conductuales, cognitivos y/o emocionales, al tiempo que brindan la oportunidad de incorporar a su repertorio “nuevas” conductas que permiten al paciente tener una adaptación a su medio escolar, familiar y laboral. (Mendoza González, 2010)

Lega y colaboradores (1997) afirman que las terapias cognitivos conductuales comparte las siguientes suposiciones:

- a) Los individuos responden a las representaciones cognitivas de los acontecimientos ambientales envés de a los acontecimientos mismos.
- b) El aprendizaje está mediado cognitivamente
- c) La cognición media la difusión emocional y conductual (la cognición afecta a las emociones y a la conducta y viceversa)
- d) Algunas formas de cognición pueden registrarse y evaluarse

B. LAS DISTINTAS TERAPIAS COGNITIVAS CONDUCTUALES

Ruiz (2012) considera tres clases principales de terapias cognitivos conductuales:

- a. Los métodos de reestructuración cognitiva, que suponen que los problemas son una consecuencia de pensamientos desadaptativas y, por lo tanto, sus intervenciones tratan de establecer patrones de pensamientos más adaptativos;
- b. Las terapias para el manejo de situaciones, que tratan de desarrollar un repertorio de habilidades para ayudar al paciente a afrontar una serie de situaciones estresantes; y

- c. Las terapias de solución de problemas, que constituyen una combinación de los dos tipos anteriores y que se centran en el desarrollo de estrategias generales para tratar con (solucionar) un amplio rango de problemas personales; insistiendo en la importancia de una activa colaboración entre el terapeuta y el paciente.

C. CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE LA TERAPIA COGNITIVA

En la Psicoterapia Cognitiva no existe consenso en cuanto a la base teórica, resultando complicado tomar una línea central sobre cómo llevar esta psicoterapia. Si bien existen lineamientos básicos estos pueden variar sus conceptos o términos aunque se trate del mismo proceso. Por este motivo es necesario entender algunos conceptos fundamentales, los cuales expondremos en la siguiente sección.

i. Estructuras, procesos y resultados cognitivos

Las estructuras cognitivas pueden relacionarse con los esquemas, los procesos cognitivos con la atribución de sentido que se da a partir de los esquemas. Los resultados cognitivos se relacionan con las creencias, que son el resultado del proceso que se da entre los esquemas y la realidad, dichas creencias a su vez influyen en el mismo proceso (Martin Camacho, 2003).

j. Esquemas

Los esquemas, explica Caballo (2007), son estructuras cognitivas que se utilizan para etiquetar, clasificar, interpretar, evaluar y asignar significados a objetos y acontecimientos. Ayudan al individuo a orientarse hacia la situación, recordar selectivamente datos relevantes y atender sólo a los aspectos más importantes de ella. Ruiz (2012) expone que contienen conjuntos de creencias nucleares relacionadas con la visión del mundo, de los otros y sobre uno mismo y su interacción con los demás. Los esquemas están organizados según sus funciones

k. Creencias

Martin Camacho (2003) explica que son como todo aquello en lo que uno cree, son como mapas internos que nos permiten dar sentido al mundo, se construyen y generalizan a través de la experiencia y que existen diferentes tipos:

- Creencias nucleares: son aquellas que constituyen el self de la persona, son difíciles de cambiar, dan el sentido de identidad y son idiosincrásicas. Constituyen el núcleo de lo que nosotros somos, nuestros valores, nuestras creencias más firmes e incombustibles, justamente por eso es que nos dan estabilidad y nos permiten saber quiénes somos. Si las creencias nucleares son puestas en duda se genera una sensación profunda de inestabilidad y angustia, porque todo lo conocido pasa a ser cuestionado
- Creencias periféricas: se relacionan con aspectos más secundarios, son más fáciles de cambiar y tienen una menor relevancia que las creencias nucleares. Son más satelitales y no involucran a los aspectos centrales de la personalidad, por lo tanto pueden modificarse con más facilidad

I. Pensamientos automáticos

Las cogniciones superficiales (o “pensamientos automáticos”), son pensamientos relativamente inestables, transitorios y específicos a la situación que surgen rápida y automáticamente, y parecen ser un hábito o reflejos por lo que se aceptan sin crítica pareciendo perfectamente plausibles no dándose cuenta del pensamiento fugaz, aunque puede darse cuenta claramente de la emoción que provoca siendo así relativamente inaccesibles a la introspección, pero, por medio de la introspección y el autoinforme estos se vuelven comprensibles. Representan las conclusiones obtenidas por la persona basándose en las reglas del procesamiento de la información a las que siguen (Caballo,

Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicologicos, 2007).

En general se dice que el pensamiento se relaciona con el fluir de la conciencia y que tiene tres elementos (Martin Camacho, 2003):

- La direccionalidad: hacia donde está dirigido dicho pensamiento.
- El curso: o la velocidad del pensamiento.
- El contenido: es lo que se piensa concretamente.

La Psicoterapia Cognitiva trabaja con esos diálogos internos que todos tenemos, gran parte de nuestra vida la pasamos hablándonos a nosotros mismos que al repetirlo tantas veces los mismos contenidos, terminamos creyendo con un nivel muy alto de certeza, lo que ellos afirman, sin someterlos a un juicio crítico.

m. La Tríada Cognitiva

De lo expuesto por Ruiz (2012) se pudo definir la triada de la siguiente manera:

- **Visión negativa de sí mismo:** se considera un inútil, un perdedor, se ve desgraciado, torpe, enfermo, tiende a subestimarse constantemente. Piensa que le faltan las cualidades o atributos que lo harían ser feliz, alegre o bueno.
- **Visión negativa de sus experiencias:** considera las relaciones con el medio en términos de derrotas o frustraciones, tiende a sentir que no puede enfrentar las exigencias de la vida. Cada pequeña actividad se transforma en un esfuerzo terrible, tienden a ver los obstáculos y problemas constantemente.
- **Visión negativa del futuro:** tiende a ver el porvenir como negro, sólo vendrán cosas peores, les cuesta mucho proyectarse con un sentido realista u optimista.

n. Las Distorsiones Cognitivas

Caro (2009) explica que las distorsiones cognitivas serían errores sistemáticos en el pensamiento de un paciente que mantienen sus conexiones a pesar de la evidencia en contra, que se realizan de forma sistemática y que tienen como consecuencia un sesgo hacia nosotros mismos las cuales aparecen en ideas que son relevantes para el problema específico del paciente. De esta manera se podrían definir como una cognición que persiste frente a la firme evidencia de lo contrario que conducen a que los individuos saquen conclusiones erróneas, aunque la percepción que hagan de una situación sea la correcta. Las distorsiones cognitivas serían las siguientes:

- 1) Inferencia arbitraria: se refiere al proceso de extraer una conclusión específica en ausencia de evidencia que apoye la conclusión o cuando la evidencia es contraria a la conclusión. Por ejemplo, cuando un paciente dice, sin contexto y sin evidencia, “nadie me quiere”.
- 2) Abstracción selectiva: consiste en centrarse en un detalle extraído de un contexto, ignorando otras características más destacadas de la situación y conceptualizando la experiencia global en base a ese fragmento. Por ejemplo, cuando un paciente ve como un conocido pasa a su lado y no lo saluda y piensa “no me aprecia”, sin darse cuenta que iba deprisa y no ha mirado hacia él.
- 3) Sobregeneralización: se refiere al patrón de extraer una regla general o conclusión sobre la base de uno o más incidentes aislados y aplicar ese concepto a lo largo de un amplio marco de situaciones, relacionadas o no. Fundamentalmente, la sobregeneralización está relacionada con la habilidad, ejecución, o valor que cree poseer un paciente. Por ejemplo, cuando un paciente discute con varias personas y piensa:
- 4) “nadie me quiere, ni me va a querer, puesto que no tengo valor, ni puedo gustar a nadie”.
- 5) Magnificación y minimización: serían errores en la valoración de la realidad y reflejan errores al evaluar la significación o la magnitud de

un hecho, tan graves como para constituir una distorsión. Por ejemplo, asumir que es horrible haber discutido con diversas personas (magnificar), y no darle importancia a llevarse bien con otras muchas (minimizar).

- 6) Personalización: se refiere a la tendencia del sujeto a aplicarse hechos externos, mientras que no existe una base para hacer tal conexión. Por ejemplo, pensar que uno es culpable de las discusiones que se han tenido.
- 7) Pensamiento absolutista, dicotómico: se manifiesta en una tendencia a situar todas las experiencias en una o dos categorías opuestas. Al describirse, el paciente utiliza una categorización negativa extrema, asumiendo una responsabilidad excesiva. Por ejemplo, pensar que “o te quiere todo el mundo, o eres un fracasado”.
- 8) Evaluaciones incorrectas en relación a peligro vs. seguridad, que implican un daño físico y psicosocial. Por ejemplo, anticipar que la gente nos va a abandonar.
- 9) Actitudes disfuncionales sobre el placer versus dolor: reflejan las creencias de algunos individuos sobre los requisitos para una verdadera felicidad o tener éxito. Por ejemplo, pensar que sólo puedes ser feliz si te quieren y te aprecian los demás.

o. Los Recursos Técnicos

Martin (2003) explica que se desarrolló una variedad muy extensa de recursos técnicos y asimismo utiliza muchos otros que surgieron o fueron desarrolladas por otras escuelas llegando así hasta el denominado eclecticismo técnico con consistencia teórica que les permitió a muchos terapeutas cierta flexibilidad técnica en el trabajo clínico. Esta propuesta sería uno de los primeros pasos hacia la integración en psicoterapia, ya que su planteo permite manteniendo una mirada teórica particular (consistencia teórica), en este caso la Cognitiva, utilizar herramientas y técnicas de cualquier otra escuela, por eso se habla de eclecticismo técnico, se trata de seleccionar la mejor

herramienta técnica independientemente de su origen teórico y utilizarla dentro de mi concepción teórica específica.

Están son algunas de las técnicas más utilizadas en la Terapia Cognitiva:

- Técnicas de relajación
- Técnicas de respiración
- Asignación de tareas
- Técnicas de distracción
- Dominio y agrado
- Desensibilización sistemática
- Autoafirmaciones
- Autoobservación o monitoreo
- Role Playing
- Ensayos conductuales
- Ensayos cognitivos
- Entrenamiento en habilidades sociales
- Técnicas de escalamiento
- Registro de pensamientos automáticos
- Identificación de distorsiones cognitivas
- Disputa racional
- Trabajo con el niño interior
- Búsqueda de soluciones alternativas
- Ventajas y desventajas
- Trabajo con imaginería
- Juegos
- Ejercicios gestálticos
- Ordenamiento en escalas

p. Psicoeducación

Caballo (2007) explica que la psicoeducación es un aprendizaje experiencial acerca de sí mismo, del proceso o trastorno que se padece y la mejor forma de afrontar las consecuencias de dicho trastorno. Busca hacer partícipe al usuario de lo que se sabe científicamente sobre su problema. Se intenta que este conocimiento lo aplique a la mejora de su vida, de su desarrollo personal y de su núcleo familiar.

La psicoeducación es un componente importante de la reestructuración cognitiva. Los pacientes aprenden respuestas emocionales comunes (p. ej., temor, ira, culpa), fisiológicas (p. ej., hiperactivación), de atención (p. ej., hipervigilancia), cognitivas (p. ej., culparse a sí mismos, pérdida de la confianza en los demás) y conductuales (p. ej., evitación, brotes de ira) a los sucesos traumáticos. Se identifican las cogniciones erróneas como la razón de dichas reacciones características y desadaptativas (Nezu, Maguth Nezu, & Lombardo, 2006).

Para el caso de la hipertensión Arrivillaga y colaboradores (2007) nos presentan los siguientes objetivos de la psicoeducación:

- Lograr la comprensión de la enfermedad, sus características, etiología, evolución y tratamiento.
- Facilitar la adopción de conductas de autocuidado.
- Evaluar los beneficios de pertenecer a un programa de intervención o adherirse a un tratamiento.
- Valorar los riesgos de mantener comportamientos negativos para la salud.
- Reestructurar los pensamientos asociados a la “ausencia de sintomatología”, por lo cual se llama a la hipertensión, “enfermedad o afección silenciosa”.
- Evaluar el sentido de autoeficacia y control de la propia salud.
- Comprender la relación entre la presencia de factores de riesgo psicosocial y la aparición de la enfermedad.
- Evaluar y analizar la percepción del riesgo y la vulnerabilidad.

- Revisar los efectos secundarios de los antihipertensivos, para anticipar el riesgo de abandonar la prescripción médica; reestructurar ideas irracionales al respecto.
- Involucrar familiares o una fuente de apoyo social significativa para el paciente, de forma que participen del proceso de adhesión al tratamiento y reducción del riesgo psicosocial.

Vicente Caballo (1998) explica que hay varias limitaciones dentro de la psicoeducación en general:

- 1) Solo pueden tratar con cogniciones conscientes y, de este modo, permanece inaccesible para la persona una importante fuente de influencias sobre el afecto y la acción cogniciones o esquemas fundamentales, principios morales y valores sociales.
- 2) Tratan con aspectos generales, no con cogniciones idiosincráticas de la persona individual.
- 3) Pueden presentar principios correctos que el individuo encuentra confusos a la hora de aplicarlos adecuadamente
- 4) Suponen que el individuo está muy motivado, esto puede ser un problema porque la persona que no está motivada no obtendrá mucho provecho
- 5) Los grupos psicoeducativos se entran limitados a problemas que utilizan el autoconsejo y, por consiguiente, son inadecuados para personas con perturbaciones moderadas y graves.

D. EL PROCESO TERAPÉUTICO EN EL MODELO COGNITIVO

a. Supuestos Principales Del Modelo Cognitivo

Caro Gabalds (2009) nos presenta los supuestos principales del modelo cognitivo, los cuales fueron matizados para dar cabida a los nuevos modelos cognitivos:

- 1) La terapia cognitiva parte de un modelo cognitivo de los trastornos emocionales. Es decir:

- a) Las percepciones o interpretaciones de la realidad no son idénticas a la misma realidad;
 - b) las interpretaciones de la realidad dependen de procesos cognitivos que son, en sí mismos, falibles, y
 - c) las creencias son hipótesis sujetas a negación y modificación.
- 2) La terapia cognitiva representa un modelo de tipo educativo: es decir, su esencia principal es que el paciente debe “aprender a aprender”.
- 3) La terapia cognitiva es breve y con límite de tiempo. Para ello, el terapeuta debe seguir los siguientes principios:
- a) Hacerla simple.
 - b) Hacer el tratamiento específico y concreto.
 - c) Dar mucha importancia al trabajo fuera de la sesión.
 - d) Hacer evaluaciones continuas.
 - e) Permanecer centrado en la tarea.
 - f) Utilizar procedimientos de organización del tiempo.
 - g) Desarrollar una tendencia mental de intervención breve.²
 - h) Permanecer centrado en problemas manejables.
- 4) La terapia en sí es un esfuerzo colaborador entre terapeuta y paciente, que supone principalmente:
- a) Desarrollar la relación terapéutica partiendo de una base recíproca.
 - b) Evitar las agendas ocultas.
 - c) Desarrollar, en colaboración, el trabajo para casa.
 - d) El terapeuta debe admitir errores cuando los cometa.
 - e) Debe mantenerse un ambiente en colaboración.
- 5) Los terapeutas cognitivos usan, fundamentalmente, el método socrático, que supone básicamente que el paciente debe aprender a reconocer sus pensamientos, examinarlos para buscar las posibles distorsiones cognitivas, substituyéndolos por pensamientos más adecuados y facilitando que el paciente haga planes para desarrollar nuevos patrones de pensamiento.

- 6) Para que el trabajo terapéutico cognitivo tenga lugar se requiere una buena relación terapéutica.
- 7) La terapia cognitiva es estructurada y directiva. Esta es una de las características básicas del modelo y supone básicamente dos cosas. En primer lugar, que el terapeuta se centre en metas específicas y en segundo lugar, que cada sesión se desarrolle siguiendo una agenda consensuada.
- 8) La terapia cognitiva está orientada hacia los problemas, es decir:
 - a) Los problemas del paciente se conceptualizan de modo cognitivo antes de empezar el tratamiento
 - b) En función de la conceptualización anterior, se debe escoger la táctica o técnica que mejor se ajuste y facilite seguir la estrategia terapéutica diseñada con anterioridad.
 - c) La última cuestión consiste en evaluar la eficacia de la táctica seguida.
- 9) La teoría y las técnicas de la terapia cognitiva se basan en el método científico o en el método inductivo.
- 10) El trabajo para casa es una característica central de la terapia cognitiva. Tanto es así que la respuesta del paciente a la tarea para casa, se ha señalado como siendo un indicador de respuesta del paciente y de eficacia del tratamiento.

b. Características del terapeuta

Ruiz (2012) describe de la siguiente forma las características que debe tener el terapeuta:

- 1) El terapeuta debe tener algunas habilidades como:
 - a) Habilidades generales
 - Conocimiento en psicopatología
 - Habilidades de entrevista
 - Habilidades terapéuticas generales (empático, genuino, calido, etc.)
 - b) Habilidades específicas
 - Conocimiento del modelo cognitivo

- Colaboración
 - Educación y cortesía
 - Habilidad para escuchar
 - Profesionalidad
 - Flexibilidad
 - Humor
- 2) El terapeuta debe ser más directivo en la recogida de información diagnóstica y en la explicación del tratamiento.
 - 3) El terapeuta es responsable de como enseña a detectar y cuestiona los pensamientos, distorsiones y creencias junto a como selecciona las técnicas de intervención.
 - 4) Antes de finalizar la terapia, el terapeuta deberá valorar si el paciente ha adquirido las habilidades necesarias para detectar y cuestionarse los pensamientos que se activen ante situaciones futuras y que le produzcan malestar emocional

c. El plan de tratamiento

Para Ruiz (2012), establecer un plan de tratamiento en terapia cognitiva requiere tener en cuenta los siguientes 8 apartados:

- 1) Conceptualización del problema.
- 2) Desarrollar una relación de colaboración.
- 3) Motivación para el tratamiento.
- 4) Formulación por parte del paciente del problema.
- 5) Establecer metas.
- 6) Socializar al paciente en el modelo cognitivo.
- 7) Intervención cognitiva y conductual.
- 8) Prevención de recaídas.

Caro Gabalds (2009) resalta que si un plan de tratamiento está bien establecido:

- 1) Establece un puente entre la teoría y la práctica de la terapia cognitiva y ayuda a dar sentido al problema del cliente, estableciendo relaciones entre problemas.

- 2) La conceptualización, en sí, es terapéutica ya que es una forma de comprender, predecir y normalizar los problemas del cliente.
- 3) Ofrece una estructura para la terapia y guía la elección de intervenciones y tratamientos. Es decir, nos facilita elegir modalidades de tratamiento y estrategias de intervención.
- 4) Añade un aspecto de colaboración y es una forma de manejar los problemas que surgen en el proceso de la terapia y también aquellos extra terapéuticos.
- 5) Sirve para manejar los propios problemas y circunstancias del terapeuta, así como problemas que surjan en la relación terapéutica.
- 6) Podemos entender y redirigir un proceso de tratamiento que esté fallando o en el que haya aspectos que no se estén cumpliendo.

d. Estructura de las sesiones

1) La primera entrevista

Se debería alcanzar tres objetivos

- Una validación de la experiencia del paciente
- Una explicación de la naturaleza de la terapia cognitiva
- El comienzo de la evaluación del problema

Con el fin de que los pacientes consideren seriamente lo que el terapeuta ofrece, deben sentir primero que se les toma en serio. El terapeuta permite y acepta la expresión de sentimientos sin intentar negarlos o suprimirlos; validando lo que dice el paciente, comprendiéndolo, logrando así una relación significativa, y así, el terapeuta será escuchado. Esto da pie a la investigación del modelo personal que el paciente tiene de su problema con la finalidad de disipar cualquier mito o concepto erróneo que presente, dando una explicación a un nivel que entienda, buscando dar énfasis a la relación que hay entre cognición, afecto y conducta haciendo que el paciente se centre en el aquí y ahora,

esclareciendo que la terapia va a estar limitada en el tiempo y que se va a buscar la participación activa del paciente por medio de tareas para la casa. Durante este proceso se emplean técnicas de entrevista, cuestionarios y datos provenientes del autoregistro realizado por el paciente, para así obtener una historia de vida, establecer la secuencia situación-moduladores-cogniciones-sentimientos-conducta- consecuencias y el plasmar las quejas principales en objetivos y síntomas a tratar. Se finaliza con una tarea de autobobservación para obtener datos de línea base, para proporcionar más tarde evidencia del progreso del paciente (Caballo, 2007).

Caro (2009) especifica de que las sesiones tienen que estar bien estructuradas y focalizadas en metas concretas dando un número limitado de sesiones, entre 10 y 25 sesiones (dependiendo del modelo y del paciente, aunque con una media de entre 20 y 25 sesiones), semanales de 45- 60 minutos. Por lo general, los períodos de seguimiento son los habituales, es decir: al mes, a los tres meses, a los seis meses y al año.

2) Respeto a las sesiones posteriores

Ruiz (2012) y Caro (2009) explican que la estructura formal de las siguientes sesiones podría organizarse en 6 fases:

- Comenzar la sesión dedicando un tiempo a revisar el estado general del paciente y establecer los objetivos que se establecerán como agenda del día.
- Discutir y comentar aspectos relacionados con la última sesión y lo que el paciente ha sentido o le ha ocurrido entre sesiones.
 - El paciente debe dar su opinión sobre la pasada sesión: cómo se sintió, si ha recordado parte de lo tratado y esto le ha sido útil y por qué, etc.
 - Se revisa la tarea realizada y se comprueba el resultado que le ha dado al paciente, si ha tenido dificultades y de qué tipo, qué cosas ha aprendido, etc.

- Establecer los problemas meta de esa sesión que lógicamente saldrán del listado de problemas ya propuesto y consensuado, en cuanto a metas a corto y a largo plazo.
- Revisar los registros de las tareas programados para casa en la sesión anterior, prestando especial atención a los puntos de mayor conflicto o dificultad
- Cuestionar y buscar evidencia empírica de pensamientos automáticos, sesgos negativos y creencias subyacentes extraídos de las tareas para casa o lo acontecido durante la semana.
 - Definir el problema objeto de tratamiento.
 - Identificar los pensamientos negativos asociados.
 - Intentar dar respuesta a los pensamientos negativos mediante las técnicas cognitivas.
 - Evaluar el efecto, o consecuencia, en el pensamiento o creencia negativa.
 - Estimar cómo se puede poner en práctica la nueva alternativa al pensamiento.
- Programar de común acuerdo nuevas actividades, anticipando las posibles dificultades, dudas o predicciones de los resultados y realizando ensayos de conducta (imaginación, role-playing, etc.) si se considera necesario.
 - Preguntarse, en primer lugar, si es necesario hacerla y cuál es la base para ella.
 - En el caso de que se decida hacerla se debe asignar teniendo en cuenta las metas relevantes de la sesión y del tratamiento.
 - Hay que justificar y explicar claramente la necesidad y el porqué de la tarea elegida en concreto.
 - Buscar posibles dificultades, contratiempos, obstáculos, dudas, predicciones sobre su resultado, etc.
 - Si es necesario, se puede hacer un breve ensayo de la tarea propuesta.

- Obtener feedback de la sesión comentando y resumiendo el contenido de la sesión, incluyendo lo que se ha dicho o le ha alterado, lo que le ha sido útil o no le ha ayudado, cómo se siente, y si algo de ello debe tratarlo en próxima sesión

3) La programación de actividades

La programación de actividades consiste en planificar actividades a realizar, bien de vez en cuando o bien cada hora con el propósito de contrarrestar cogniciones comunes proporcionando al paciente cierta sensación de eficacia y de control. Si el paciente afirma que inevitablemente pasará cierto tiempo dándole vueltas a estar pensando, se puede designar una determinada hora al día para este propósito. Una vez que está resuelto el aspecto de la planificación, la tarea del paciente consiste en registrar sus actividades cada hora por lo que el terapeuta debe anticipar y preparar al paciente ante los reveses, señalando que nadie realiza siempre todo lo que planifica y que simplemente el intentar llevar a cabo cualquier actividad planeada debería considerarse como un éxito (Caballo, 1998).

Caro (2009) comenta que lo que se pretende con las actividades o tareas es:

- 1) Que el paciente haga llegar al terapeuta su estado cognitivo-emocional a lo largo de la semana y que aprenda a relacionar pensamientos emociones y conductas.
- 2) Comprobar su capacidad de introspección, básica para poder hacer terapia cognitiva, como ya se ha comentado.
- 3) Comprobar su motivación y adherencia al tratamiento.
- 4) Disponer de un “banco de datos cognitivos” para poder tener temas sobre los que tratar.
- 5) Comprobar sus progresos, estancamientos o retrocesos en la consecución de las metas terapéuticas previstas.
- 6) Preparar a los pacientes para ser sus propios terapeutas.

E. TECNICAS USADAS DURANTE EL PROGRAMA

a. Técnicas de relajación, entrenamiento autógeno y respiración

(Ruiz et al. 2012)

- **La relajación**

La relajación tiene como objetivo reducir el estado de activación fisiológica, facilitando la recuperación de la calma, el equilibrio mental y la sensación de paz interior. Sus efectos, por tanto, no pertenecen solo a una mera dimensión fisiológica, sino que también afectan a procesos produciendo amplios y reconocidos beneficios sobre la salud y el equilibrio mental, muchos de ellos mediados a través del equilibrio del sistema nervioso autónomo (SNA) y su control sobre los sistemas automáticos y hormonales del cuerpo siendo los cambios más significativos los que tienen influencia en el equilibrio de las dos ramas del sistema nervioso autónomo: la rama Simpática que regula funciones de alerta y defensa como la temperatura del cuerpo, el ritmo cardíaco, el ritmo respiratorio, la circulación de la sangre y la tensión en tejidos musculo esqueléticos, entre muchas otras, y la rama Parasimpática, que regula funciones de ahorro y reposo, disminuyendo el consumo de oxígeno, y reduciendo las funciones fisiológicas de los mismos órganos y sistemas. Adicionalmente, el sistema nervioso puede disminuir su actividad general y mostrar un incremento de algunos neurotransmisores, como la serotonina, que modulan la actividad neuronal, induciendo de esta forma sensaciones de tranquilidad y alegría, que asociadas a la disminución del tono muscular (distensión), inducen relajación muscular.

Algunos de los cambios fisiológicos descritos durante los estados de relajación son los siguientes:

- Cambios en el patrón electroencefalógrafo, de ritmos beta a alfa.
- Incremento de la circulación sanguínea cerebral.

- Descenso del consumo metabólico de oxígeno.
- Disminución del metabolismo basal.
- Relajación muscular.
- Vasodilatación arterial periférica.
- Regulación del gasto cardíaco (sangre total circulante por minuto).
- Disminución de la intensidad y frecuencia del latido cardíaco.
- Disminución de la presión arterial.
- Cambios respiratorios: disminución frecuencia, aumento en profundidad, y regulación del ritmo respiratorio.
- Aumento de la amplitud y capacidad inspiratoria.
- Disminución de la presión arterial parcial de O₂ y aumento de la de CO₂.
- Aumento de la serotonina.
- Disminución de la secreción adrenalina y noradrenalina
- Disminución de los índices de colesterol y ácidos grasos en plasma.

De esta forma, una persona en estado de relajación experimenta:

- Respiración tranquila, profunda y rítmica.
- Relajación muscular.
- Sensación de calor interno y cutáneo.
- Latido cardíaco rítmico y suave.
- Reducción del nivel de ansiedad.
- Mejoría de la percepción del esquema corporal.
- Sensación de paz y equilibrio mental.

Independientemente del tipo de entrenamiento en relajación que se elija hay una serie de condiciones que son requeridas o aconsejadas para cualquier procedimiento, tales como una ropa y lugar adecuado, instrucciones claras y precisas por parte del terapeuta, un tono de voz suave y tranquilo, garantía de que el paciente no presenta ningún problema importante que desaconseje el

entrenamiento, o motivación y comprensión por parte del paciente de la utilidad y adecuación de la técnica a su problema.

Es preciso señalar que las condiciones básicas que se requieren para su práctica y lo que implica la propia situación de relajación (ponerse en contacto con las sensaciones corporales, limitando la estimulación externa) pueden constituir un contexto cuyo afrontamiento puede no resultar fácil para algunos pacientes que experimentan dificultad al tener que permanecer quietos, notando más intensamente sus sensaciones corporales, siendo especialmente importante el manejo de estas dificultades por parte del terapeuta. En este sentido, en algunos trastornos como la hipocondría, la agorafobia, o sensaciones físicas intensas de ansiedad, etc., el entrenamiento en técnicas de relajación supone una exposición a esas sensaciones de malestar que puede producir una reactividad fisiológica aun mayor, acompañada de una necesidad de movimiento por lo que el terapeuta debe de plantear el entrenamiento considerando la nueva situación y estar en condiciones de ajustar su intervención reduciendo los objetivos de la sesión, dando pautas que faciliten la ejecución (permitir los ojos abiertos al comienzo) y, en resumen, considerando el entrenamiento como un proceso más o menos largo de habituación.

Aunque la idea que transmite la posibilidad de practicar la relajación es la de alcanzar una sensación profunda de bienestar, lo cierto es que durante el entrenamiento en relajación es frecuente que aparezcan respuestas físicas molestas, tales como: calambres musculares, espasmos, sensación de mareo, etc. El terapeuta deberá comentar con el paciente previamente la posibilidad de que aparezcan tales respuestas, tranquilizar al paciente si se dan recordando que son reacciones normales que desaparecerán a medida que continúa el entrenamiento. En las ocasiones en las que aparezcan reacciones emocionales intensas (llanto, risa, etc.), el terapeuta debe de valorar si es adecuado dejar unos segundos y

continuar con el entrenamiento o comentar con el paciente lo que le está ocurriendo.

Por último, hay que tener en cuenta que en personas mayores o con algún deterioro orgánico se debe de valorar el tipo de técnica que se va a aplicar realizando las modificaciones adaptadas para cada caso. Por otro lado, con niños pequeños pueden utilizarse las técnicas de relajación siempre que estos posean una serie de habilidades básicas, tales como poder permanecer sentados en una silla durante un corto periodo de tiempo, mantener contacto ocular, poder imitar conductas y responder a órdenes sencillas.

- **Entrenamiento en relajación progresiva**

En general, el objetivo del entrenamiento en Relajación Progresiva es reducir los niveles de activación mediante una disminución progresiva de la tensión muscular. El procedimiento para conseguirlo consiste en tensar y destensar los diferentes grupos musculares tomando conciencia de las sensaciones que se producen en cada situación. Durante la fase de tensión, la contracción del músculo debe notarse, facilitando así la percepción de las sensaciones asociadas a la tensión, a su vez la percepción de la tensión lleva a discriminar mejor y la respuesta de relajación subsiguiente, y a abundar en ella. En la fase de distensión no se debe de realizar ningún esfuerzo activo y simplemente consiste en permanecer pasivo experimentando el alargamiento muscular que se produce al soltar rápidamente toda la tensión.

Como se ha indicado, la ejecución consiste en tensar y destensar inicialmente 10 grupos musculares tomando conciencia de las sensaciones que se producen en cada situación. A continuación se presentan algunas indicaciones acerca de cómo lograr la tensión en cada grupo muscular:

Mano y antebrazo dominantes	Apretar el puño dominante
Brazo dominante	Apretar el codo contra el brazo del sillón
Mano y antebrazo no dominantes	Apretar el puño no dominante
Brazo no dominante	Apretar el codo contra el brazo del sillón
Frente	Levantar las cejas con los ojos cerrados y arrugar la frente
Ojos y nariz	Apretar los párpados y arrugar la nariz
Boca	Apretar las mandíbulas, sacar la barbilla hacia fuera y presionar el paladar con la lengua
Cuello y garganta	Empujar la barbilla contra el pecho pero hacer fuerza para que no lo toque
Pecho, hombros y parte superior de la espalda	Arquear la espalda como se fueran a unir los omoplatos entre si
Región abdominal o estomacal	Poner el estómago duro y tenso
Muslo dominante	Apretar el muslo contra el sillón
Pantorrilla dominante	Doblar los dedos del pie dominante hacia arriba
Pie dominante	Doblar los dedos hacia adentro sin levantar el pie del suelo
Muslo no dominante	Apretar el muslo contra el sillón
Pantorrilla no dominante	Doblar los dedos del pie hacia arriba
Pie no dominante	Doblar los dedos hacia dentro sin levantar el pie del suelo

El procedimiento con cuatro grupos musculares consiste en el mismo que el anterior, pero tensando secuencialmente (en un solo movimiento) las siguientes zonas musculares:

- ✓ Los brazos y manos dominantes y no dominantes.
- ✓ Tronco.
- ✓ Cara y cuello.
- ✓ Piernas y pies dominantes y no dominantes.

La práctica de la Relajación Progresiva requiere tener en cuenta una serie de indicaciones específicas al realizar el entrenamiento:

- Se trata de seguir una secuencia ordenada y procurar que sea la misma en todas las ocasiones (comenzando por las manos y acabando por los pies, o viceversa).

- Si se olvida algún músculo por tensar y relajarse, se aconseja continuar con el siguiente. No obstante, para evitar los olvidos lo más adecuado es hacer un repaso mental de los músculos antes de comenzar la relajación.
- El tiempo de duración de la tensión deber ser de unos cuatro segundos aproximadamente, para pasar inmediatamente a relajar el músculo dejándolo suelto, como si se separara de repente de los tendones que lo sujetan. Debe mantenerse el músculo relajado durante unos quince segundos aproximadamente antes de tensar de nuevo.
- Lo que se pretende al tensar un músculo es facilitar la distensión, por lo que no se debe tensar con demasiada fuerza pues se pueden producir contracturas y malestar.
- Al relajar debe soltarse el músculo de repente, no hay que distenderlo lentamente pues ello requiere un control mayor de los músculos antagonistas.
- Es útil imaginar en cada momento los músculos que está tensando y relajando, su forma, especialmente cuando el músculo está relajado, y notar como se sigue distendiendo por sí mismo después de soltarlo.
- Es aconsejable concentrarse durante un tiempo en la agradable sensación de relajar cada músculo.
- Una vez que han relajado todos los músculos, es aconsejable hacer un repaso mental de ellos, comenzando del final al principio de la secuencia. Se facilita así la auto-exploración de las partes que no se haya logrado relajar convenientemente, no siendo preciso tensar ningún músculo en esta fase.

- **Entrenamiento En Relajación Autógena**

Este método de relajación se basa en el descubrimiento de que la mayoría de las personas son capaces de alcanzar un estado de relajación profunda a través de representaciones mentales de las sensaciones físicas, especialmente de las sensaciones de peso y calor. Este

procedimiento parece actuar a través del sistema nervioso autónomo, restableciendo el equilibrio entre las ramas simpática y parasimpática y tiene mayores efectos que otras técnicas de relajación en los trastornos asociados con la disfunción autónoma como la hipertensión o las migrañas.

El entrenamiento autógeno presenta diferencias en función de las características de cada paciente siendo determinantes a la hora de evaluar su adecuación y utilidad: el grado de motivación y la capacidad de autosugestión de cada sujeto, los niveles autonómicos basales y las variables de personalidad.

El diseño se basaba en tres principios básicos:

- 1) La repetición mental durante breves períodos de tiempo de fórmulas verbales que describiesen las distintas respuestas psicofisiológicas.
- 2) La concentración pasiva del paciente.
- 3) La reducción de la estimulación interoceptiva y propioceptiva.

La práctica del entrenamiento en relajación autógena consta de varios ejercicios de concentración pasiva en las sensaciones de:

- 1) Peso en brazos y piernas,
- 2) Calor en brazos y piernas,
- 3) Movimiento del corazón,
- 4) La autonomía del proceso respiratorio,
- 5) El calor abdominal interno (plexo solar),
- 6) La diferencia de temperatura entre la frente y el aire circundante.

Los ejercicios consisten en centrar la mente en fórmulas cortas y repetitivas y, al mismo tiempo, intentar imaginar de forma intensa lo que sugieren. Es importante cuidar la forma de acabar los ejercicios. La terminación estándar para regresar al estado habitual se realiza en tres etapas: 1) inspiración profunda, 2) fuerte flexión y 3) estiramiento de brazos y piernas y abrir los ojos.

Se trata de un procedimiento muy estructurado que gira en torno a dos Grados o Ciclos: un Grado Inferior o ejercicios propiamente de relajación y un Grado Superior o ejercicios de imaginación. El Grado Inferior del entrenamiento autógeno sirve sobre todo para la relajación. Por lo general, se compone de siete ejercicios que mediante autosugestión dan lugar a sucesivas sensaciones de reposo, pesadez y calor en brazos y piernas, descenso del ritmo cardíaco y respiratorio, calor en el plexo solar y frescor en la frente. La duración recomendada de estas sesiones es de 3 a 5 minutos, nunca se deberá exceder de ese tiempo ya que podría ser contraproducente.

Las indicaciones para realizar los ejercicios del Ciclo inferior se recogen en la siguiente tabla:

Ejercicio de reposo	Lleva a un estado de calma al cuerpo y a la mente. Se suelen emplear frases como: "Estoy tranquilo, mi cuerpo y
Ejercicio de peso	Se provoca la sensación de peso en las extremidades, Se suele emplear la frase: "mis brazos y mis piernas están muy
Ejercicio de calor	Se provoca un aumento de la temperatura en las extremidades. Un formula típica es "mis brazos y piernas
Ejercicio de respiración	Se producen una inspiración y espiración tranquilas. Se emplea la frase: "mi respiración es tranquila y regular"
Ejercicio para el corazón	Se pone la concentración en los latidos del corazón. Se emplean frases como "mi corazón late regularmente".
Ejercicio abdominal	Se dirige la atención al plexo solar. Se emplea la frase: "mi abdomen es una corriente de calor"
Ejercicio de la cabeza	Se dirige la concentración a la cabeza con frases del tipo "mi mente está clara"

En el Grado Superior se tratan los problemas mediante la sugestión hasta lograr solucionarlos o, al menos, mitigarlos. Algunos ejercicios que suelen emplearse son los siguientes:

- 1) Experiencia con colores: dirigir la vista al centro de la frente y hacer surgir un color en la imaginación.
- 2) Imaginar objetos concretos: una vela encendida, una rosa, etc.
- 3) Dar forma a valores abstractos: esperanza, amor, coraje, etc.
- 4) Imaginar que se va por el fondo del mar.
- 5) Imaginar que se sube a la cima de una montaña.

6) Imaginarse uno mismo con determinados propósitos,

El requisito para realizar los ejercicios del Grado Superior es dominar los del Grado Inferior. En esta fase es frecuente vivir sueños lúcidos con posteriores recuerdos claros y permanentes. Tras los habituales ejercicios introductorios de reposo, pesadez, calor, respiración, corazón y abdomen, se mantiene la fase de meditación profunda del abdomen y se sigue trabajando con la siguiente formula: "En mi imaginación veo un color" y a partir de este color se desarrolla una visión

Como en cualquier otro procedimiento de relajación, la práctica correcta de este tipo de entrenamiento requiere seguir una serie de indicaciones generales en la forma de proceder:

- 1) El cliente debe de mantener una imagen representativa de la autosugestión que se está indicando y mantener una actitud de observación pasiva de los cambios.
- 2) Cada uno de los ejercicios es practicado diariamente y no se ha de introducir un nuevo ejercicio hasta que no se domine el anterior.
- 3) Cada vez que se avanza con un nuevo ejercicio se deben repasar y practicar los anteriores.
- 4) Nunca se han de entrenar los ejercicios del Grado Superior hasta que no se hayan dominado los del Grado Inferior.
- 5) Al iniciar el Grado Superior del entrenamiento el cliente debe girar los globos oculares hacia arriba y hacia adentro como si intentase mirar el centro de la frente.
- 6) Durante el desarrollo del programa si se presentan sensaciones físicas como hormigueo, excesiva sensación de calor etc. que resultan molestas, éstas pueden ser debilitadas cambiando las fórmulas utilizadas, por ejemplo, en lugar de muy caliente se puede emplear caliente.
- 7) Si se presentan pensamientos intrusivos se le indica al paciente que debe de completar el pensamiento y volverse a concentrar en la formula.

- **Técnicas de respiración**

La respiración es un proceso esencial en la regulación de la actividad metabólica del organismo. Mediante el intercambio de gases durante la respiración se produce tanto el aporte de oxígeno necesario para las funciones celulares, como la expulsión de los que se generan en dicha combustión. Se trata de un proceso que se desarrolla en las siguientes fases: a) Inspiración: El aire penetra por las fosas nasales y llega a los pulmones a través de los bronquios hasta llegar a los alveolos donde se difunde al torrente sanguíneo. b) Pausa inspiratoria: Tras la inspiración se produce una pequeña pausa durante la cual los pulmones se mantienen en un estado de inflación que facilita el intercambio gaseoso (entra O₂ y sale CO₂). c) Espiración: El CO₂ penetra en los alveolos y es expulsado al exterior. d) Pausa espiratoria: A la espiración le sigue una pausa durante la cual los pulmones permanecen en reposo

Teniendo en cuenta la musculatura implicada y las zonas donde se concentra el aire inspirado se suele distinguir entre tres tipos de respiración: costal, diafragmática y abdominal.

- **Respiración costal.** La respiración costal superior o clavicular es el patrón respiratorio más superficial, si bien es el más frecuente, a la vez que el menos saludable. La mayor parte del aire se concentra en la zona superior de la caja torácica, por lo que no llega a producirse una ventilación completa y gran parte de los músculos de la respiración (especialmente el diafragma) permanecen con baja actividad.
- **Respiración diafragmática.** Se produce gran movilidad de las costillas inferiores y la parte superior del abdomen. El diafragma participa activamente. Se trata del tipo de respiración fisiológicamente más adecuado.
- **Respiración abdominal.** El tórax permanece inmóvil y es el abdomen el que demuestra una extraordinaria movilidad.

El objetivo del entrenamiento en respiración es conseguir un patrón respiratorio apropiado fisiológicamente que generalmente será adecuado para reducir las diferentes alteraciones respiratorias. No obstante, el tipo

de ejercicios variará en función del objetivo de cada intervención. La inspiración correcta fisiológicamente es vía nasal (calienta y humedece el aire, filtra y elimina impurezas y gérmenes), de manera que es la que debemos utilizar en todos los ejercicios de respiración. La espiración adecuada fisiológicamente y la recomendable, por tanto, en relajación también es la nasal.

De forma previa al comienzo de los ejercicios es importante evaluar tanto los niveles pulmonares, como el tipo de respiración habitual en diferentes condiciones. Debe determinarse el tipo de respiración habitual en diferentes posiciones (de pie, sentado o tumbado) registrando fundamentalmente los siguientes aspectos: a) duración de la inspiración y espiración, b) inspiración nasal o bucal, c) la capacidad respiratoria general, d) la fluidez de la respiración y e) los problemas respiratorios específicos.

Puesto que la respiración varía en función de las necesidades del organismo no se puede pretender una respiración estándar para todas las situaciones. En general los ejercicios consisten en series de inspiración y espiración con pausas intermedias, incluyendo modificaciones espiración nasal o bucal, inspiración y espiración más o menos lenta, regular o intensa, diferentes posiciones del cuerpo, movimiento de brazos u hombros, etc.

Ahora hablaremos acerca de la Respiración profunda que Se trata de un ejercicio útil para la reducción del nivel de activación general. Las indicaciones son las siguientes:

- 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.
- 3) Comenzar a respirar y notar como se va llenando de aire la bolsa y como la onda asciende hasta los hombros. Inspirar durante 3-5 segundos.
- 4) Mantener la respiración. Repetirse interiormente “mi cuerpo está relajado”

- 5) Exhalar el aire despacio, al mismo tiempo que uno mismo se da indicaciones o sugerencias de relajación.

El entrenamiento mediante este ejercicio consiste, en general, en realizar 4 o 5 ejercicios de respiración seguidos y repetir los ejercicios entre diez y quince veces al día, por la mañana, tarde, noche, y especialmente en situaciones estresantes.

b. Manejo de los pensamientos automáticos (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 2010)

Algunos pacientes tienen dificultad para identificar los pensamientos o ideas inadecuadas; otros pueden no ver la relación entre pensamientos y sentimientos. Otros pacientes, sin embargo, pueden entender rápidamente la naturaleza de las cogniciones e incluso aportar cogniciones negativas típicas a partir de sus propias experiencias. En cualquier caso, es conveniente demostrar al paciente la presencia de las cogniciones. En el primer caso, lo esencial es que los pacientes se hagan conscientes de sus cogniciones negativas y sean capaces de detectarlas. En el segundo, resulta útil registrar las cogniciones junto con el paciente para asegurarse de que comprende la importancia de su pensamiento. Este último procedimiento también sirve como salvaguardia, ya que el estar de acuerdo con las formulaciones del terapeuta de una manera automática indica más bien conformismo que un verdadero aprendizaje. Tales pacientes requieren el mismo entrenamiento que el paciente que no se da cuenta del papel que las cogniciones desempeña en la depresión.

Un primer procedimiento para demostrar la presencia de las cogniciones. Esto consiste en preguntar al paciente por sus pensamientos inmediatamente anteriores a la primera cita. Muchos pacientes manifiestan haber experimentado pensamientos referentes al terapeuta, al tratamiento y a las posibles consecuencias de la ayuda que iban a recibir. A continuación, el terapeuta denomina o etiqueta los pensamientos o ideas como “pensamientos automáticos” (cogniciones).

Si el terapeuta piensa que el vocabulario del paciente es limitado, puede emplear otros términos para describir los fenómenos cognitivos, como, por ejemplo, “las cosas que se dice a sí mismo” o “autoafirmaciones”. Además de determinar la presencia de las cogniciones, el terapeuta puede corregir cualquier concepto o información incorrecta referente al tratamiento.

Una vez que el paciente ha entendido la definición de la cognición y reconoce la presencia de imágenes y pensamientos automáticos, el terapeuta expone un proyecto diseñado para poner de manifiesto las cogniciones inadecuadas.

Lo que se le dice al paciente depende del problema concreto que se esté investigando. Lo más frecuente suele ser que se le den instrucciones de “atrapar” cuantas cogniciones sea posible y registrarlas en un cuaderno. Dado que es extraño que una persona esté “totalmente en blanco”, si es que ello es siquiera posible, el paciente puede tomar las variaciones en su estado de ánimo como indicio o pista para identificar o recordar sus cogniciones. Cuando mejor se identifican las cogniciones es inmediatamente después de que hayan tenido lugar. Sin embargo, por múltiples razones, un individuo puede no ser capaz de registrar sus cogniciones inmediatamente.

Por lo tanto, un segundo método consiste en que el paciente reserve un cierto período de tiempo, por ejemplo, 15 minutos cada tarde, para recordar los acontecimientos del día y las cogniciones asociadas con cada uno de ellos. El terapeuta le pide al paciente que registre cualquier pensamiento negativo con la mayor precisión posible. Es decir, en lugar de anotar, “Experimenté el sentimiento de que era incompetente en el trabajo”, como si estuviera manifestando el pensamiento en el curso de una conversación, debería escribir, “Soy incompetente en el trabajo”, reproducción más precisa del pensamiento. Esto da pie a un tercer método para concretar las cogniciones que consiste en identificar las situaciones ambientales que tengan relación el problema del paciente. En esta instancia surgen otras alternativas como el poner al paciente con una de las situaciones ambientales perturbadoras con objeto de activar e

identificar las cogniciones, o, instruir al paciente para que registre las cogniciones que tengan contenidos comunes. Ahora toca examinar y someter a una prueba de realidad las imágenes y los pensamientos automáticos

El terapeuta hace que el paciente someta sus ideas a pruebas de realidad no para inducir un optimismo pasajero haciéndole creer que “las cosas son realmente mejores de lo que parecen”, sino para suscitar una descripción y un análisis más correctos de cómo son las cosas. Aunque el depresivo tiende a ver su mundo bajo una luz negativa, el terapeuta no debería caer en la trampa de suponer que todos los pensamientos pesimistas del paciente son necesariamente erróneos. Debería examinar una muestra de los pensamientos del paciente en colaboración con éste. La base o evidencia de cada pensamiento debe someterse a una prueba de realidad, aplicando las pautas que emplean las personas no depresivas a la hora de emitir un juicio.

Una vez que el terapeuta haya determinado que las afirmaciones del paciente son ciertas y sus predicciones plausibles, pasará a investigar el significado de distorsión y el cúmulo de actitudes con él asociadas lo que nos lleva a realizar una la prueba de realidad en donde se le permite al individuo corregir sus distorsiones. El análisis del significado y de las actitudes pone de manifiesto la naturaleza irracional y contraproducente de las actitudes

Cuando el paciente ha adquirido las habilidades de observación y registro necesarias, será capaz de reconocer que ciertas cogniciones son especialmente frecuentes en momentos de sentimientos negativos o desagradables entendiendo que la estructura y contenido específico de cada cognición se relaciona con el sentimiento negativo subsiguiente

Generalmente, con la ayuda del terapeuta; el paciente puede clasificar sus cogniciones en función de los contenidos de éstas (por ejemplo, culpabilidad, inferioridad, carencia, etc.). El terapeuta puede ayudar al paciente a identificar las distintas interpretaciones y significados que se pueden asignar a una determinada situación. Puede mostrarle el sesgo

negativo sistemático que presenta al seleccionar sus interpretaciones e indicarle sus inferencias negativas indiscriminadas en contra de la evidencia real

El uso del registro de pensamientos automáticos ayuda en este proceso. Se le pide anotar las cogniciones y las respuestas en columnas paralelas es un modo de comenzar a examinar, evaluar y modificar las cogniciones. El paciente recibe la instrucción de escribir sus cogniciones en una columna y, a continuación, una “respuesta razonable” a cada cognición en otra columna. Se pueden incluir columnas adicionales donde se especifiquen los sentimientos y conductas del paciente, así como la descripción de la situación que precedió a la cognición.

En este sentido, y en función del número de columnas, la técnica puede ser de dos, tres, o incluso cuatro columnas. Se dispone de una hoja de registros para facilitar al paciente la tarea de anotar sus pensamientos e imágenes inadecuadas. Los encabezamientos de las columnas de esta hoja son: Datos, Situación, Emoción (es), Pensamientos automáticos, Respuesta racional y Resultado.

El terapeuta debe explicar detalladamente el empleo de la hoja, una vez que el paciente haya entendido la noción de pensamientos (o cogniciones) automáticos. Es conveniente ofrecer algunos ejemplos de cogniciones inadecuadas y respuestas racionales durante la sesión. El terapeuta también debe enseñar al paciente a evaluar el grado de sus experiencias emocionales y a determinar hasta qué punto cree en sus pensamientos automáticos. El fundamento teórico de este procedimiento consiste en enseñar al paciente a discriminar con más precisión sus emociones y sirve para asegurarse de que el paciente anota los pensamientos que resultan “extraños” (esto es, que tienen un bajo grado de credibilidad). Las evaluaciones, naturalmente, proporcionan un método para cuantificar los cambios en las respuestas emocionales y en los pensamientos del paciente. El Registro Diario de Pensamientos Distorsionados es un instrumento muy útil para la terapia cognitiva en

donde el objetivo principal del terapeuta es ayudar al paciente a elaborar respuestas racionales a sus cogniciones negativas.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

1. Tipo diseño o método

El tipo de investigación es Cuantitativa Aplicada. Cuantitativa porque busca medir las características de los fenómenos sociales a partir de un marco conceptual pertinente al problema analizado, buscando la relación entre las variables estudiadas de forma deductiva con el fin de generalizar y normalizar resultados (Bernal Torres, 2010). Aplicada porque busca la aplicación o utilización de los conocimientos adquiridos, a la vez que se adquieren otros, después de implementar y sistematizar la práctica basada en investigación dando como resultado una forma rigurosa, organizada y sistemática de conocer la realidad Murillo (2008) (citado en Vargas Cordero, 2009).

El diseño es cuasi experimental de pre prueba y post prueba con un solo grupo donde Hernández Sampieri (2014) menciona que este diseño

manipula deliberadamente al menos una variable independiente para observar su efecto sobre una o varias dependientes, solo que difieren de los experimentos puros en el grado de seguridad que pueda tenerse sobre la equivalencia inicial de los grupos.

2. Sujetos

Para la presente investigación se consideró una población de 45 personas de ambos sexos, de los cuales se eligió como muestra inicial de 25 personas considerando los criterios de inclusión pero debido al ausentismo por motivo de trabajo y justificado, se inició el programa con una muestra final de 11 personas.

El tipo de muestreo es no probabilístico de tipo intencional ya que para este tipo de muestra se hace una selección de caso según un criterio específico que responde a ciertas características que se han pre establecido de acuerdo a los requerimientos de la investigación, que fue: personas con hipertensión arterial.

A. Criterios de inclusión

- a. Hombres y mujeres con Edades de 35 a 60 años, que refieren su consentimiento al estudio.
- b. Pacientes que pertenezcan al policlínico metropolitano
- c. Que tengan el diagnóstico de hipertensión arterial
- d. Tener un control farmacológico y que refieran ser adherentes al tratamiento de una forma continua(y que no hayan tenido modificación en su tratamiento en los últimos tres meses)
- e. El seguimiento mínimo en consulta debe ser de 6 meses.
- f. No hayan tenido complicaciones debidas a su hipertensión comprometiendo otros órganos.

B. Criterios de exclusión

- g. Pacientes hipertensos con clasificación de riesgo(diabéticos o con lesión en órgano blanco)
- h. Pacientes que hayan participado o estén en control psicológico de algún tipo, que estén empezando algún tipo de tratamiento

alternativo para la tensión arterial o que estén empezando a realizar cambios de estilos de vida.

- i. Pacientes manifestantes no cooperadores o con incapacidad para emprender o llenar cuestionarios.

3. INSTRUMENTOS

Para la evaluación inicial y final del programa se aplicara cinco pruebas que son las siguientes:

A. Encuesta sociodemográfica

Elaborada ad-hoc en la que se registran datos socio-demográficos (sexo, edad y estado civil), historia clínica del paciente (datos médicos, tipo de HTA, años de evolución, otras enfermedades importantes, fármacos para la HTA, presencia de factores de riesgo cardiovascular, peso y altura).

B. Inventario de expresión de ira estado- rasgo STAXI 2

Autor: Charles D. Spielberger.

Año: 1999.

Aplicación: individual y colectiva

Ámbito de aplicación: adolescentes y adultos

Duración: 10 a 15 minutos.

Se trata de una prueba diseñada para la evaluación de la respuesta emocional de ira. Esta prueba se basa en los recientes estudios sobre las características de la ira y sus efectos en la salud mental y física. Su elaboración obedeció a dos propósitos fundamentales : determinar los componentes de ira con vistas a la evaluación precisa de la personalidad normal y anormal y a su vez proporcionar un instrumento para medir las contribuciones de los diversos componentes de la ira en la evolución de determinados problemas de la salud, particularmente la hipertensión, la enfermedad coronaria y el cáncer.

Su evaluación contempla los diferentes componentes de la ira (Experiencia, Expresión y Control) y sus facetas como Estado y como Rasgo. Consta de 49 elementos organizados en 6 escalas y 5 subescalas y permite obtener un índice de cada escala y subescala y un índice general del test. Las escalas de la prueba son:

1. Ira estado (E) consta de tres subescalas, sentimiento, expresión verbal y expresión física;
2. Ira rasgo (R) que posee dos subescalas, temperamento de ira y reacción de ira;
3. Expresión de la ira compuesta por dos subescalas, expresión interna de ira y expresión externa de ira.
4. Control de la ira que consta de dos subescalas, control interno de ira y control externo de ira.

La escala de estado, refleja sentimientos o acciones del tipo "estoy furioso" mientras la escala rasgo está compuesta por ítems del tipo "tengo un carácter irritable", " pierdo los estribos", etc, a los que el sujeto contesta según una escala de cuatro puntos en función de cómo se siente normalmente.

Respecto a las subescalas de rasgo, la escala temperamento de ira, refleja la propensión a experimentar y expresar ira sin una provocación específica; y reacción de ira mide las diferencias individuales en la disposición para expresar ira cuando se es criticado o tratado injustamente por otros.

La escala de expresión interna de ira, mide la frecuencia con la que los sentimientos de ira son refrenados o suprimidos; la expresión externa de ira, mide la frecuencia con que un individuo expresa ira hacia otras personas u objetos del entorno; control de ira interna, mide la frecuencia con que un individuo intenta controlar la expresión de su ira interna; control de ira externa que mide el intento de control de la expresión externa. Por último, el índice de expresión de ira, proporciona un índice general de la frecuencia con la que es expresada la ira, independientemente de la dirección de la expresión (interna, externa).

El formato de respuesta es una escala de 4 puntos (1. no en absoluto; 2. algo; 3. moderadamente; 4. mucho), que indica o bien la intensidad de sus sentimientos de ira en un tiempo determinado o la frecuencia en que lo experimentan, expresan, reprimen o controlan esos sentimientos de ira.

Ofrece puntuaciones de 6 escalas, 5 subescalas y un índice de expresión de la ira: la escala estado abarca los ítems 1 al 15, la escala rasgo se puntúan de la escala 16 a 25; las escalas de expresión y control de la ira constan de 6 ítems distribuidos entre el 26 y 49; y por último el índice de expresión de la ira ofrece una medida total basado en las puntuaciones de expresión y control se calcula con la sgt formula:

$$\text{Índice IEI} = (E. \text{ Ext.} + E. \text{ Int.}) - (C. \text{ Ext.} + C. \text{ Int.}) + 36$$

Se incluye a esta fórmula el 36 para eliminar valores negativos. Las puntuaciones posibles en el IEI van de 0 a 72.

En cuanto a su fiabilidad, el rango del coeficiente alfa obtenido en distintas muestras oscila entre el .78 y .89 para la escala de estado, y entre .75 y .82 para la escala de rasgo. Por su parte las escalas de expresión de ira y de control de ira presentan un coeficiente alfa que oscilan desde .64 a .87.

C. Inventario de ansiedad estado IDARE

Autor: Charles D. Spielberger, Rogelio Díaz Guerrero

Año: 1970.

Aplicación: individual y colectiva

Ámbito de aplicación: adolescentes y adultos

Duración: No tienen límite de tiempo. Generalmente se requiere un tiempo de 10 min.

El Inventario de la Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE, versión en español del STAI [State Trait-Anxiety Inventory]) está constituido por dos escalas separadas de autoevaluación que se utilizan para medir dos

dimensiones distintas de la ansiedad: 1. La llamada Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo), y 2. La llamada Ansiedad-Estado (A-Estado). Aun cuando se construyó para investigar fenómenos de ansiedad en sujetos adultos normales, es decir, sin síntomas psiquiátricos, se ha demostrado que es también útil en la medición de la ansiedad en estudiantes de secundaria y de bachillerato, tanto como en pacientes neuropsiquiátricos, médicos y quirúrgicos" (Spielberger, Ch. y Guerrero, R. I.D.A.R.E. 1975, p.01).

La escala A-Rasgo, presenta veinte afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir como se sienten generalmente. La escala A-Estado también presenta veinte afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen como se sienten en un momento dado. La escala A-Rasgo puede ser utilizada para determinar los sujetos que varíen en su disposición a responder a la tensión psicológica con niveles de ansiedad distintos A-Estado. La escala A-Estado sirve para establecer los niveles de intensidad A-Estado inducidos por procedimientos experimentales o en situaciones de campo, en un momento dado o a través de un continuo.

Las puntuaciones para ambas escalas varían desde una puntuación mínima de 20 a una máxima de 80 en progresión con el nivel de ansiedad. Los sujetos contestan a cada uno de las afirmaciones ubicándose en una escala de cuatro dimensiones que van de 1 a 4. En la escala A-Estado son: 1-No en lo absoluto, 2-Un poco, 3-Bastante, 4-Mucho; y en la escala A-Rasgo son: 1-Casi nunca, 2- Algunas veces, 3-Frecuentemente, 4-Casi siempre. Algunos de los reactivos del IDARE se formularon de tal manera que una valoración 4 indica un alto nivel de ansiedad, mientras que otros reactivos se formularon de tal manera que una valoración alta indica muy poca ansiedad.

El valor numérico de la calificación para los reactivos en los cuales las valoraciones altas indican gran ansiedad son los mismos representados por el número que se haya sombreado. Para aquellos reactivos en los cuales una valoración alta indica poca ansiedad, el valor numérico de la

calificación es inverso. Así pues el valor numérico de la calificación para las respuestas marcadas 1, 2,3 o 4 en el caso de reactivos inversos viene a ser de 4, 3, 2, o 1.

La escala rasgo esta balanceada para evitar la respuesta indiscriminada mediante 10 reactivos con calificación directa y 10 reactivos con calificación invertida. Para calificar cada escala simplemente se coloca la plantilla sobre el protocolo y se dan los valores numéricos de la respuesta que aparecen impresos o en la clave de reactivo.

Hay plantillas para la clasificación de las escalas A-rasgo y A-estado del Idare. Para calificar simplemente se coloca la plantilla sobre el protocolo y se dan los valores numéricos de la respuesta que aparecen impresos: también se puede sumar mentalmente o utilizar una calculadora es importante que cerciorarse que se está utilizando la plantilla correcta para calificar los protocolos de las escalas A. Estado y A- Rasgo. Las calificaciones finales de cada escala pueden ser registradas en cualquier lugar conveniente del protocolo.

La confiabilidad una evidencia adicional acerca de la consistencia interna de las escalas del IDARE se ha obtenido a través de las correlaciones de reactividad contra escalas calculadas para nuestra de estudiantes universitarios y de bachillerato. La estabilidad de la escala rasgo es relativamente alta pero los coeficientes de estabilidad para la escala estado tiene en a ser bajos como era de anticiparse en una medida que ha sido diseñada para ser influenciada por factores situacionales. Tanto en la escala rasgo como la estado tienen alto grado de consistencia interna.

Su validez en la construcción del IDARE se requirió que los reactivos individuales llenan los criterios de validez pres escritos para ansiedad estado y par la ansiedad rasgo en cada una de las etapas de construcción del inventario.

D. Registro de síntomas

Bajo el modelo utilizado por MacKay, Davis, & Fanning (1985) que tiene el objetivo principal ayudar a conseguir el alivio de sus síntomas utilizando las técnicas de relajación y la reducción al estrés. Para determinar exactamente los síntomas sobre los que se deben trabajar de forma preferente cumpliendo con el cuestionario que viene a continuación. Este registro puede aportar mucha información sobre el tipo de respuesta particular del estrés lo cual es importante a la hora de elegir las técnicas a aplicar ya que la naturaleza de respuesta dependerá que elija una u otras. Se puntúa del 1 al 0 los síntomas relacionados con el estrés que se describen según el grado de malestar que se produzca

1,2,3 malestar ligero

4,5,6,7 malestar moderado

8,9,10 malestar extremo

Ahora que ya se determinó cuáles son los síntomas relacionados con el estrés que afectan es el momento de elegir cual o cuales solo los que preocupan más y de seleccionar las técnicas específicas que se debe aplicar. Previamente se les explico que los síntomas físicos que se presenten especifiquen si solo es momentáneo por algún tipo de situación específico o que presentaban constantemente por causa puramente fisiológica. (**Davis, McKay, & Robbins, 1985**)

Para el uso de nuestra investigación sirve para hacer el seguimiento de los síntomas asociados y ver a larga la disminución de estos síntomas que están involucrados en el estrés y HTA.

PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA EL CONTROL DEL HTA

OBJETIVO GENERAL

Controlar los factores implicados en la hipertensión arterial mediante técnicas cognitivos conductuales.

OBJETIVO ESPECIFICO

- Orientar en el conocimiento básico de la enfermedad y de los factores implicados.
- El aprendizaje de técnicas de control de la activación psicofisiológica.
- Enseñar a las pacientes diferentes estrategias que permitan el control emocional.
- Proporcionar un conjunto de estrategias que permitan el control de la ira y la ansiedad

META CONCRETA

1. Cuantitativa.

Difundir teórica y experiencia mente sobre el tema de la hipertensión arterial a los 25 pacientes con hipertensión arterial esencial de policlínico metropolitano que padecen dicha enfermedad.

2. Cualitativa.

Realizar con éxito nuestras sesiones psicoeducativas con los pacientes con HTA del policlínico metropolitano ESSALUD, para lograr un mejor conocimientos sobre dicha enfermedad.

Realizar satisfactoriamente nuestras sesiones de aprendizaje de técnicas de control psicofisiológicas y emocional para el mejoramiento en su tratamiento de los pacientes.

Obtener resultados satisfactorios Y benéficos a la finalización del programa
“PROGRAMA COGNITIVO CONDUCTUAL PARA CONTROL DE LA
HIPERTENSIÓN EN PACIENTES DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO”

METODOLOGÍA

Estrategias

Se realizará la coordinación necesaria con los encargados de los servicios de psicología y enfermería del policlínico metropolitano ESSALUD además de los médicos y psicólogos para la realización de dicho programa.

Se hará un cronograma de las actividades a realizar, de acuerdo a la accesibilidad brindada en la Institución y con la previa aprobación del plan.

Se aplicarán 12 talleres de 4 sesiones de trabajo en las cuales se desarrollaran los diversos temas a tratar a lo largo del programa.

Dentro de las sesiones tendremos la ejecución de diversas dinámicas acorde a los temas de las sesiones.

Sesiones

INICIO: PRESENTACION Y EL PRE TEST

OBJETIVO 1: Adquisición de un conocimiento básico de la enfermedad y de los factores implicados

Charlas informativas proporcionadas por especialistas médicos, enfermeras y psicólogos.

Discusión grupal y debates, entrega de material informativo.

OBJETIVO 2: Aprendizaje de técnicas de control de la activación psicofisiológica.

Entrenamiento en la técnica de Respiración Abdominal.

Entrenamiento en la técnica de Relajación Muscular Progresiva según la versión abreviada.

OBJETIVO 3: Enseñar diferentes estrategias que permitan el control emocional.

Reestructuración Cognitiva.

Entrenamiento en Autoinstrucciones.

Entrenamiento en Solución de Problemas

OBJETIVO 4: Fomentar la adherencia de hábitos saludables.

Contratos conductuales.

Establecer una pauta de actividad física semanal.

OBJETIVO 5: Proporcionar un conjunto de estrategias que permitan el control de la ira y ansiedad

Entrenamiento en Habilidades Sociales.

FINALIZACION : RESULTADOS Y POS TEST

DESCRIPCIÓN

El programa consta de un total de 48 Sesiones de 90 minutos de duración dos veces por semana en las que se entrena las diversas técnicas y estrategias psicológicas cognitivo-conductuales. Al inicio de todas ellas se lleva a cabo un registro de los niveles de P.A (sistólica y diastólica).

Las técnicas abordadas a lo largo del programa se encadenan entre sesiones, es decir, abarcan diferentes sesiones. Las sesiones constan de una primera parte en la que se administra información y una explicación de la técnica a trabajar a lo largo de esa sesión en cuestión. Se detallan así los fundamentos y procedimientos de las mismas. Con posterioridad se lleva a cabo el entrenamiento en la técnica correspondiente mediante , ejercicios específicos, dinámicas, etc. en los que se ponen en práctica las técnicas comentadas anteriormente. Cada una de las sesiones finaliza con la entrega de material que resume los aspectos esenciales aprendidos durante la sesión con el objetivo de facilitar el recuerdo y puesta en práctica de tales contenidos a los pacientes asistentes al programa. Así mismo, se sugiere la realización de tareas entre sesiones que faciliten la adquisición y mantenimiento de lo aprendido durante la sesión y el seguimiento mediante el registro de síntomas que van calificando los pacientes. Dichas tareas son revisadas mediante una puesta en común en la siguiente sesión del programa.

TALLER	ACTIVIDAD POR SESIÓN
1	Psicoeducación (1): Historia de la HTA y su tratamiento
2	<ul style="list-style-type: none">• Psicoeducación (2): HTA; aspectos médicos y factores de riesgo.• Desactivación psicofisiológica (1): Entrenamiento en respiración
3	<ul style="list-style-type: none">• Psicoeducación (3): HTA; factores psicológicos.• Ejercicio físico
4	Desactivación psicofisiológica (2): Explicación de la técnica de relajación y Entrenamiento fase 1 de relajación muscular

5	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicio. • Desactivación psicofisiológica (3): Entrenamiento fase 2 de relajación muscular.
6	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas operantes, contratos conductuales y control de estímulos. Control Cognitivo (1). Explicación de la relación pensamientos y emociones. • Desactivación psicofisiológica (4): Entrenamiento fase 3 de relajación muscular.
7	<ul style="list-style-type: none"> • Control Cognitivo (2). Detección de pensamientos distorsionados, creencias irracionales, atribuciones. Autoregistro. • Desactivación psicofisiológica (5): Entrenamiento fase 4 de relajación muscular.
8	<ul style="list-style-type: none"> • Control Cognitivo (3). Disputa y cambio de pensamiento. Autoregistro. • Desactivación psicofisiológica (6): Entrenamiento fase 5 de relajación muscular.
9	<ul style="list-style-type: none"> • Control Cognitivo (4): Técnica de solución de problemas (1). • Control de ira (1): HHSS y relaciones con los demás.
10	<ul style="list-style-type: none"> • Control Cognitivo (5): Técnica de solución de problemas (2). • Control de ira (2): técnicas de asertividad y solicitar un cambio de
11	Control de ira (3): ¿cómo fomentar relaciones positivas? Cumplidos, alabanzas...
12	<ul style="list-style-type: none"> • Recopilación de técnicas. • Ejercicios prácticos.

4. Procedimiento

Se coordinó con las autoridades del servicio de Psicología y de enfermería del Policlínico Metropolitano para la obtención de datos y nuestra muestra.

Se estableció la muestra mediante fichas sociodemográficas para a todos los pacientes que ingresaban al servicio de enfermería que presentaran hipertensión arterial llegando a tener un numero tola de 48 personas que cumplían con los criterios de inclusión.

La muestra quedó con 25 personas que cumplían nuestros criterios la cual fueron evaluadas con las prueba de pre test para conocer en qué nivel tanto de ansiedad e ira se encontraban antes de comenzar el programa

Se ejecutó el programa con 24 semanas de trabajo siendo 12 talleres. Donde tenían un régimen de tareas diarias dentro de ellos estaba nuestra lista de síntomas diarios.

Una vez concluida la aplicación del programa evaluando a los participantes con el post test encontrando una disminución de los niveles evaluados a comparación de lo que presentaron inicialmente.

Obtenido todas las pruebas optamos por el procesamiento de resultados.

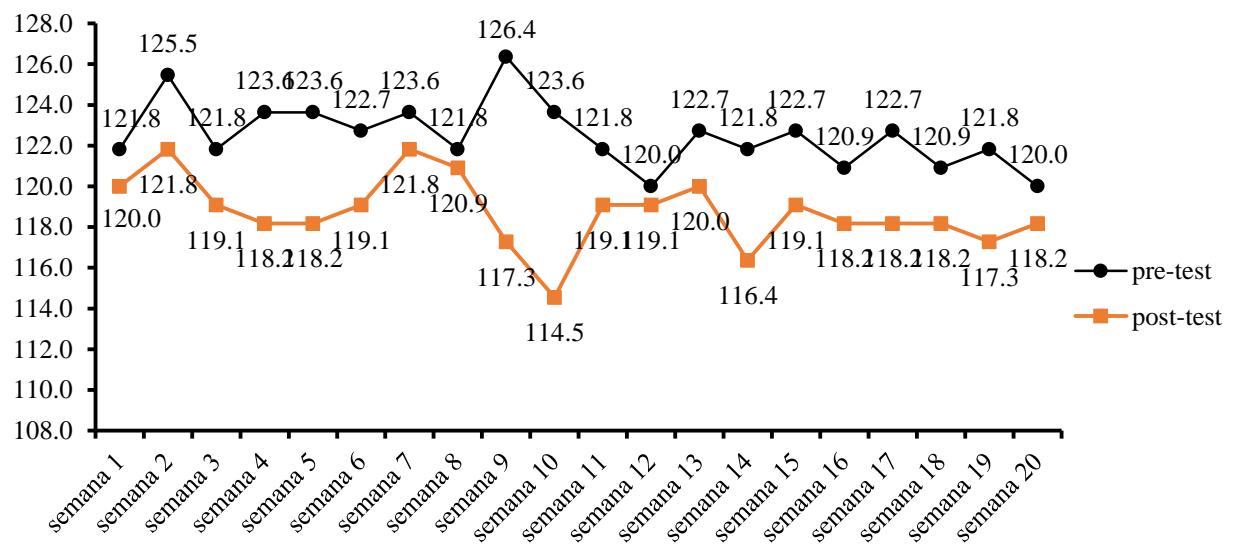
CAPITULO IV

RESULTADOS

En el presente capítulo se presentaran las tablas y gráficos descriptivos e inferenciales para explicar los resultados síntomas asociados al estrés y prueba estadísticas de la T de student para poder comparar los resultados del grupo antes y después de la aplicación del programa obtenidos en cuanto a la Ansiedad, Ira/Hostilidad .

TABLA 1 Promedios Presión Sistólica

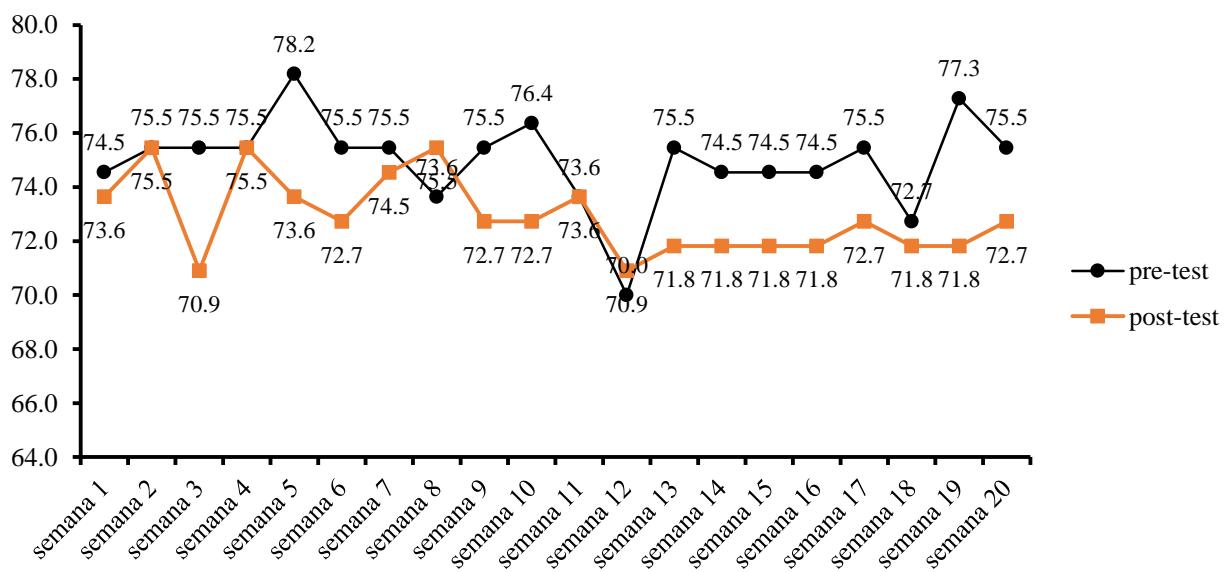
	pre-test	post-test
semana 1	121.8	120.0
semana 2	125.5	121.8
semana 3	121.8	119.1
semana 4	123.6	118.2
semana 5	123.6	118.2
semana 6	122.7	119.1
semana 7	123.6	121.8
semana 8	121.8	120.9
semana 9	126.4	117.3
semana 10	123.6	114.5
semana 11	121.8	119.1
semana 12	120.0	119.1
semana 13	122.7	120.0
semana 14	121.8	116.4
semana 15	122.7	119.1
semana 16	120.9	118.2
semana 17	122.7	118.2
semana 18	120.9	118.2
semana 19	121.8	117.3
semana 20	120.0	118.2

GRAFICO 1. Dispersión de Promedios. PRESIÓN ARTERIA SISTÓLICA

Observamos que se han producido ciertos cambios en la presión sistólica luego de la aplicación del programa cognitivo conductual, como puede verse durante las 20 semanas de duración la presión sistólica ha ido disminuyendo.

TABLA 2 Promedios. Presión diastólica

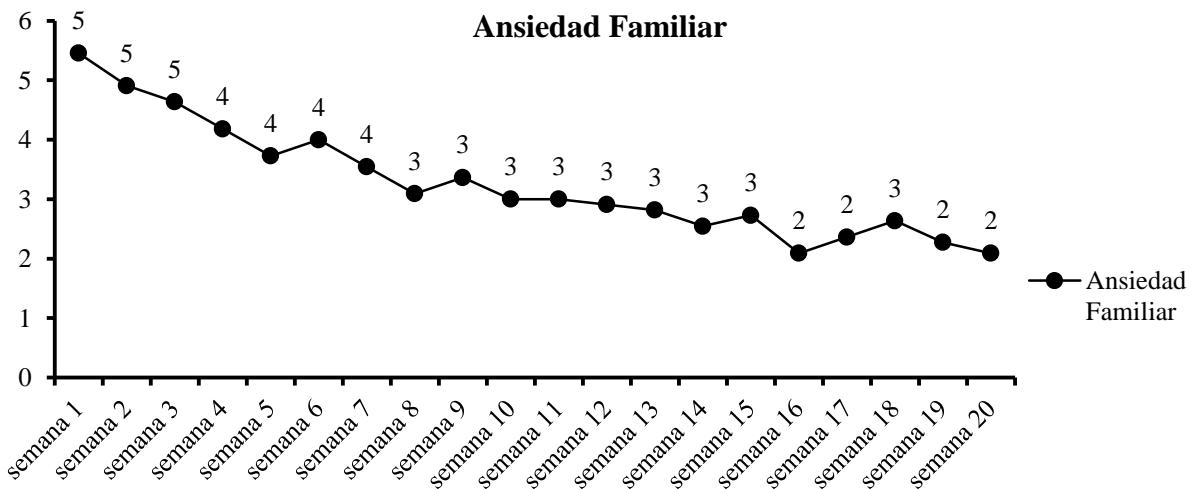
	pre-test	post-test
semana 1	74.5	73.6
semana 2	75.5	75.5
semana 3	75.5	70.9
semana 4	75.5	75.5
semana 5	78.2	73.6
semana 6	75.5	72.7
semana 7	75.5	74.5
semana 8	73.6	75.5
semana 9	75.5	72.7
semana 10	76.4	72.7
semana 11	73.6	73.6
semana 12	70.0	70.9
semana 13	75.5	71.8
semana 14	74.5	71.8
semana 15	74.5	71.8
semana 16	74.5	71.8
semana 17	75.5	72.7
semana 18	72.7	71.8
semana 19	77.3	71.8
semana 20	75.5	72.7

GRAFICO 2. Dispersión de Promedios. PRESIÓN ARTERIA DIASTÓLICA

Observamos que se han producido ciertos cambios en la presión diastólica luego de la aplicación del programa cognitivo conductual, como puede verse durante las 20 semanas de duración la presión diastólica ha ido disminuyendo.

TABLA 3. Nivel de Malestar Ansiedad Familiar

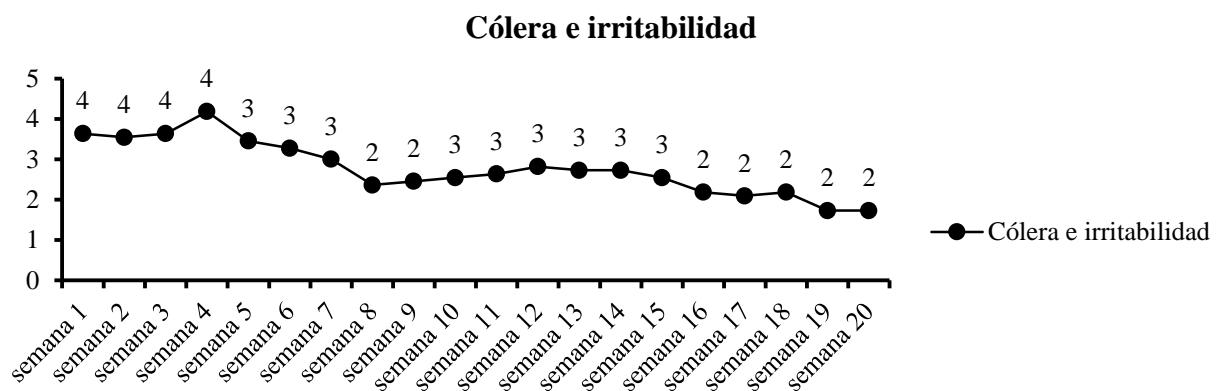
	Puntaje	Nivel
Semana 1	5	malestar moderado
Semana 2	5	malestar moderado
Semana 3	5	malestar moderado
Semana 4	4	malestar moderado
Semana 5	4	malestar moderado
Semana 6	4	malestar moderado
Semana 7	4	malestar moderado
Semana 8	3	malestar ligero
Semana 9	3	malestar ligero
Semana 10	3	malestar ligero
Semana 11	3	malestar ligero
Semana 12	3	malestar ligero
Semana 13	3	malestar ligero
Semana 14	3	malestar ligero
Semana 15	3	malestar ligero
Semana 16	2	malestar ligero
Semana 17	2	malestar ligero
Semana 18	3	malestar ligero
Semana 19	2	malestar ligero
Semana 20	2	malestar ligero

GRAFICO 3 Dispersión de Promedios SÍNTOMA -ANSIEDAD FAMILIAR

La ansiedad familiar ha ido disminuyendo a lo largo de las 20 semanas de duración del programa cognitivo conductual, ya que al inicio del mismo la ansiedad era vista como un malestar moderado y al final del programa ya era vista como un malestar ligero.

TABLA 4. Nivel de malestar Cólera e irritabilidad

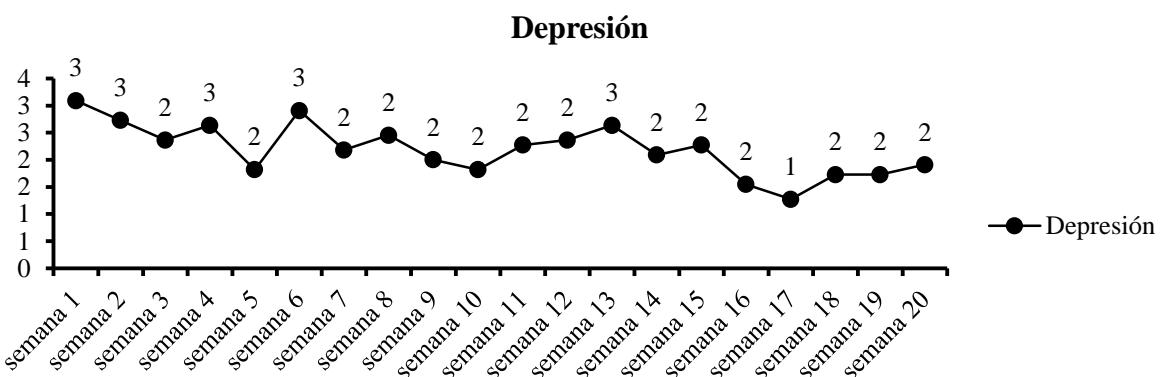
	Puntaje	Nivel
Semana 1	4	malestar moderado
Semana 2	4	malestar moderado
Semana 3	4	malestar moderado
Semana 4	4	malestar moderado
Semana 5	3	malestar ligero
Semana 6	3	malestar ligero
Semana 7	3	malestar ligero
Semana 8	2	malestar ligero
Semana 9	2	malestar ligero
Semana 10	3	malestar ligero
Semana 11	3	malestar ligero
Semana 12	3	malestar ligero
Semana 13	3	malestar ligero
Semana 14	3	malestar ligero
Semana 15	3	malestar ligero
Semana 16	2	malestar ligero
Semana 17	2	malestar ligero
Semana 18	2	malestar ligero
Semana 19	2	malestar ligero
Semana 20	2	malestar ligero

GRAFICO 4 Dispersión de Promedios SÍNTOMA – COLERA E IRRITABILIDAD

La cólera e irritabilidad ha ido disminuyendo a lo largo de las 20 semanas de duración del programa cognitivo conductual, ya que al inicio del mismo la cólera era vista como un malestar moderado y al final del programa ya era vista como un malestar ligero.

TABLA 5 Nivel de Malestar Depresión

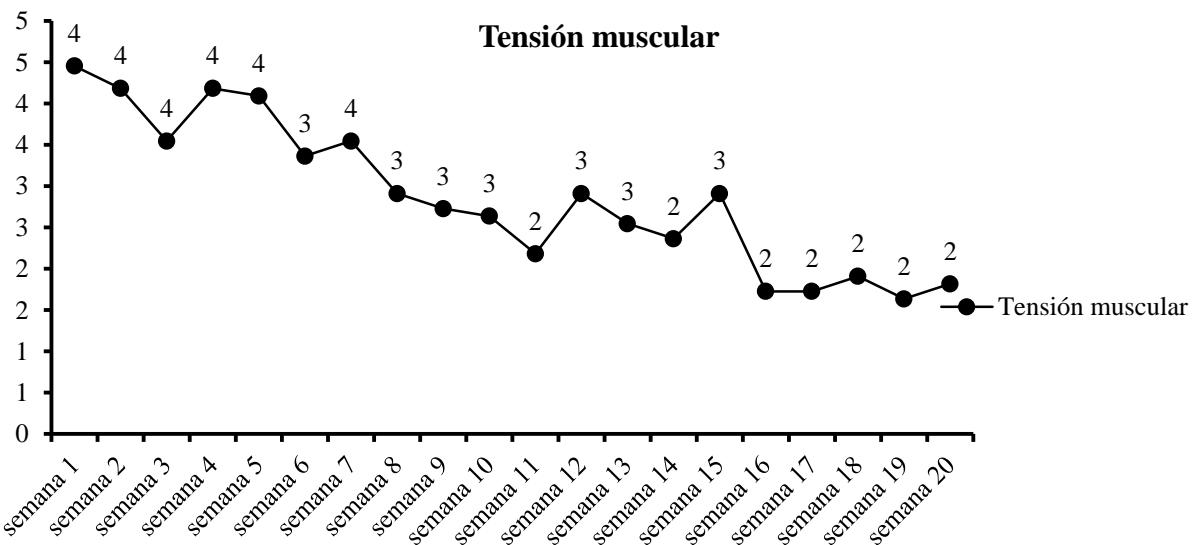
	Puntaje	Nivel
Semana 1	3	malestar ligero
Semana 2	3	malestar ligero
Semana 3	2	malestar ligero
Semana 4	3	malestar ligero
Semana 5	2	malestar ligero
Semana 6	3	malestar ligero
Semana 7	2	malestar ligero
Semana 8	2	malestar ligero
Semana 9	2	malestar ligero
Semana 10	2	malestar ligero
Semana 11	2	malestar ligero
Semana 12	2	malestar ligero
Semana 13	3	malestar ligero
Semana 14	2	malestar ligero
Semana 15	2	malestar ligero
Semana 16	2	malestar ligero
Semana 17	1	malestar ligero
Semana 18	2	malestar ligero
Semana 19	2	malestar ligero
Semana 20	2	malestar ligero

GRAFICO 5 Dispersión de Promedios SINTOMA-DEPRESIÓN

La depresión ha ido disminuyendo ligeramente a lo largo de las 20 semanas de duración del programa cognitivo conductual, ya que al inicio del mismo este problema era visto como un malestar ligero; pero una puntuación de 3 puntos y al final del programa la depresión seguía siendo un malestar ligero; pero con un puntaje de 1 o 2 puntos.

TABLA 6 Nivel de Molestar Tensión muscular

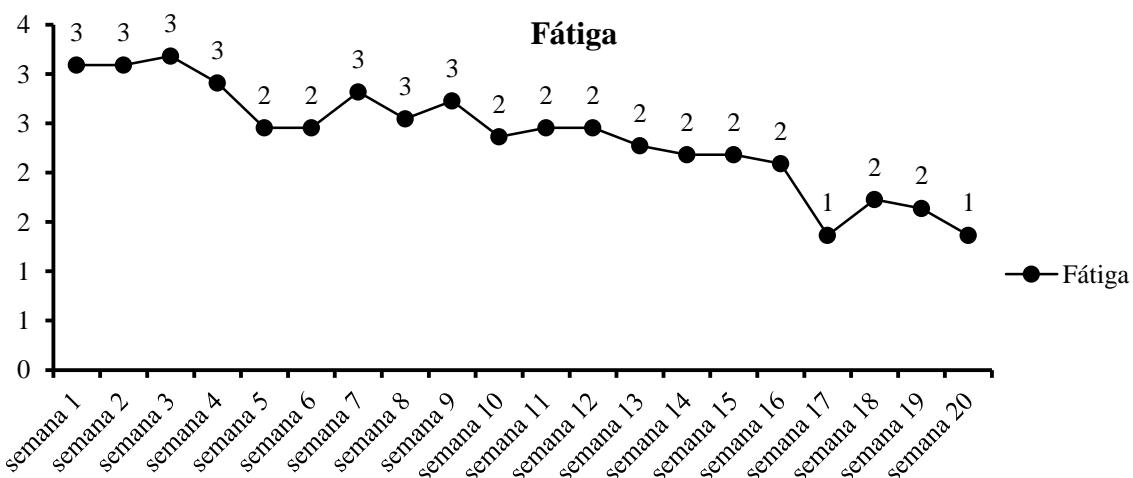
	Puntaje	Nivel
Semana 1	4	malestar moderado
Semana 2	4	malestar moderado
Semana 3	4	malestar moderado
Semana 4	4	malestar moderado
Semana 5	4	malestar moderado
Semana 6	3	malestar ligero
Semana 7	4	malestar moderado
Semana 8	3	malestar ligero
Semana 9	3	malestar ligero
Semana 10	3	malestar ligero
Semana 11	2	malestar ligero
Semana 12	3	malestar ligero
Semana 13	3	malestar ligero
Semana 14	2	malestar ligero
Semana 15	3	malestar ligero
Semana 16	2	malestar ligero
Semana 17	2	malestar ligero
Semana 18	2	malestar ligero
Semana 19	2	malestar ligero
Semana 20	2	malestar ligero

GRAFICO 6 Dispersión de Promedios SINTOMA-TENSION MUSCULAR

La tensión muscular ha ido disminuyendo a lo largo de las 20 semanas de duración del programa cognitivo conductual, ya que al inicio del mismo la tensión era vista como un malestar moderado y al final del programa ya era vista como un malestar ligero.

Tabla 7 Nivel de Malestar Fatiga

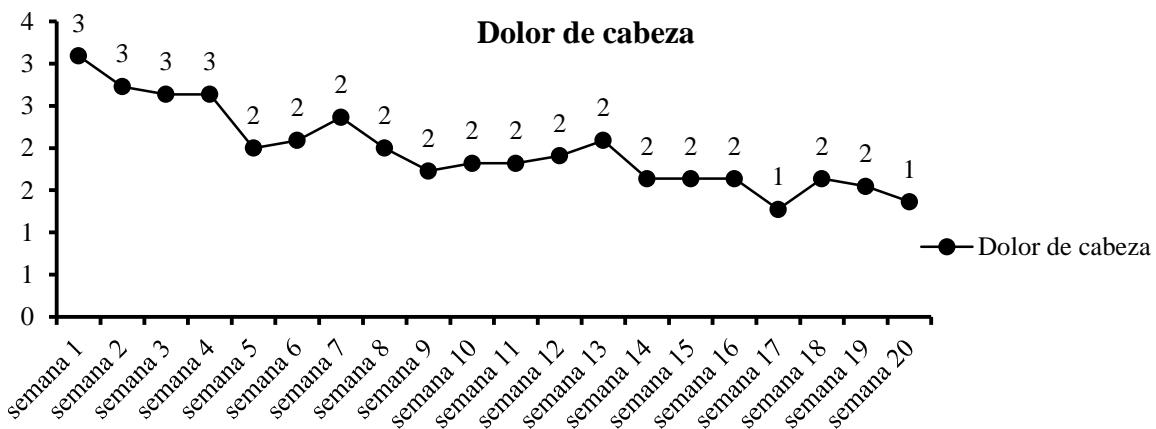
	Puntaje	Nivel
Semana 1	3	malestar ligero
Semana 2	3	malestar ligero
Semana 3	3	malestar ligero
Semana 4	3	malestar ligero
Semana 5	2	malestar ligero
Semana 6	2	malestar ligero
Semana 7	3	malestar ligero
Semana 8	3	malestar ligero
Semana 9	3	malestar ligero
Semana 10	2	malestar ligero
Semana 11	2	malestar ligero
Semana 12	2	malestar ligero
Semana 13	2	malestar ligero
Semana 14	2	malestar ligero
Semana 15	2	malestar ligero
Semana 16	2	malestar ligero
Semana 17	1	malestar ligero
Semana 18	2	malestar ligero
Semana 19	2	malestar ligero
Semana 20	1	malestar ligero

GRAFICO 7 Dispersión de Promedios SÍNTOMA-FATIGA

La fatiga ha ido disminuyendo ligeramente a lo largo de las 20 semanas de duración del programa cognitivo conductual, ya que al inicio del mismo este problema era visto como un malestar ligero; pero una puntuación de 3 puntos y al final del programa la fatiga seguía siendo un malestar ligero; pero con un puntaje de 1 o 2 puntos.

TABLA 8 Nivel de Malestar Dolor de cabeza

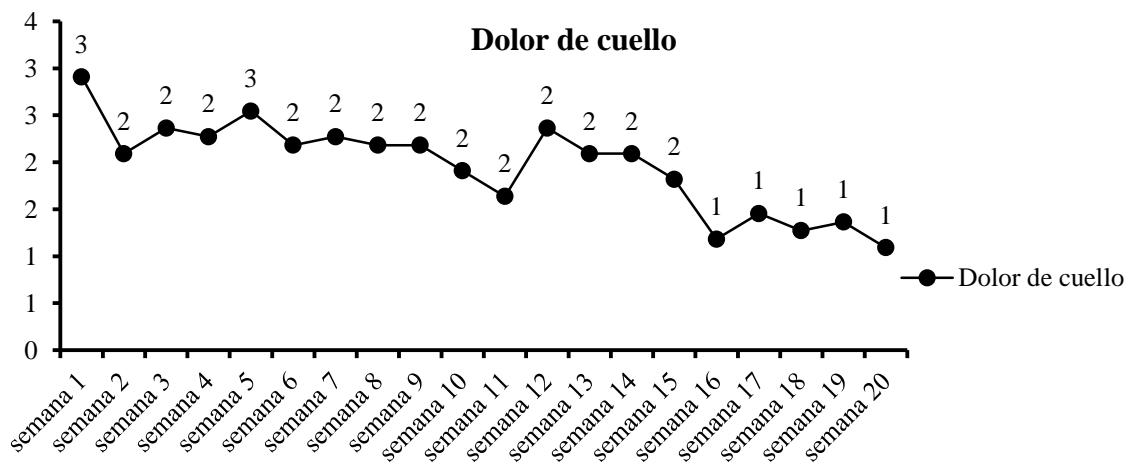
	Puntaje	Nivel
Semana 1	3	malestar ligero
Semana 2	3	malestar ligero
Semana 3	3	malestar ligero
Semana 4	3	malestar ligero
Semana 5	2	malestar ligero
Semana 6	2	malestar ligero
Semana 7	2	malestar ligero
Semana 8	2	malestar ligero
Semana 9	2	malestar ligero
Semana 10	2	malestar ligero
Semana 11	2	malestar ligero
Semana 12	2	malestar ligero
Semana 13	2	malestar ligero
Semana 14	2	malestar ligero
Semana 15	2	malestar ligero
Semana 16	2	malestar ligero
Semana 17	1	malestar ligero
Semana 18	2	malestar ligero
Semana 19	2	malestar ligero
Semana 20	1	malestar ligero

GRAFICO 8 Dispersión de Promedios SINTOMA-DOLOR DE CABEZA

El dolor de cabeza ha ido disminuyendo ligeramente a lo largo de las 20 semanas de duración del programa cognitivo conductual, ya que al inicio del mismo este problema era visto como un malestar ligero; pero una puntuación de 3 puntos y al final del programa el dolor de cabeza seguía siendo un malestar ligero; pero con un puntaje de 1 o 2 puntos.

TABLA 9 Nivel de Malestar Dolor de cuello

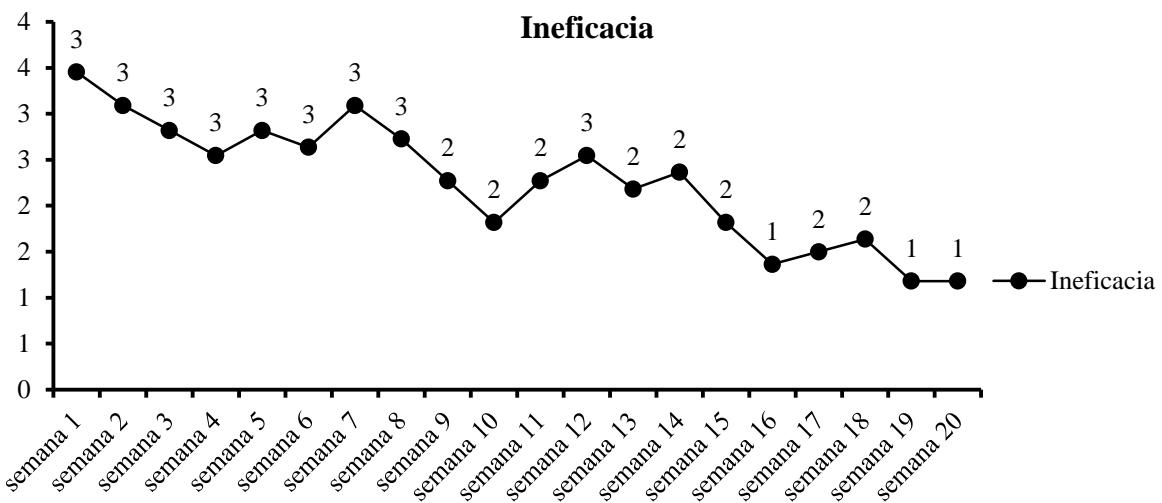
	Puntaje	Nivel
Semana 1	3	malestar ligero
Semana 2	2	malestar ligero
Semana 3	2	malestar ligero
Semana 4	2	malestar ligero
Semana 5	3	malestar ligero
Semana 6	2	malestar ligero
Semana 7	2	malestar ligero
Semana 8	2	malestar ligero
Semana 9	2	malestar ligero
Semana 10	2	malestar ligero
Semana 11	2	malestar ligero
Semana 12	2	malestar ligero
Semana 13	2	malestar ligero
Semana 14	2	malestar ligero
Semana 15	2	malestar ligero
Semana 16	1	malestar ligero
Semana 17	1	malestar ligero
Semana 18	1	malestar ligero
Semana 19	1	malestar ligero
Semana 20	1	malestar ligero

GRAFICO 9 Dispersión de Promedios SINTOMA-DEPRESIÓN

El dolor de cuello ha ido disminuyendo ligeramente a lo largo de las 20 semanas de duración del programa cognitivo conductual, ya que al inicio del mismo este problema era visto como un malestar ligero; pero una puntuación de 3 puntos y al final del programa el dolor de cuello seguía siendo un malestar ligero; pero con un puntaje de 1 o 2 puntos.

TABLA 10 Nivel de Malestar Ineficacia

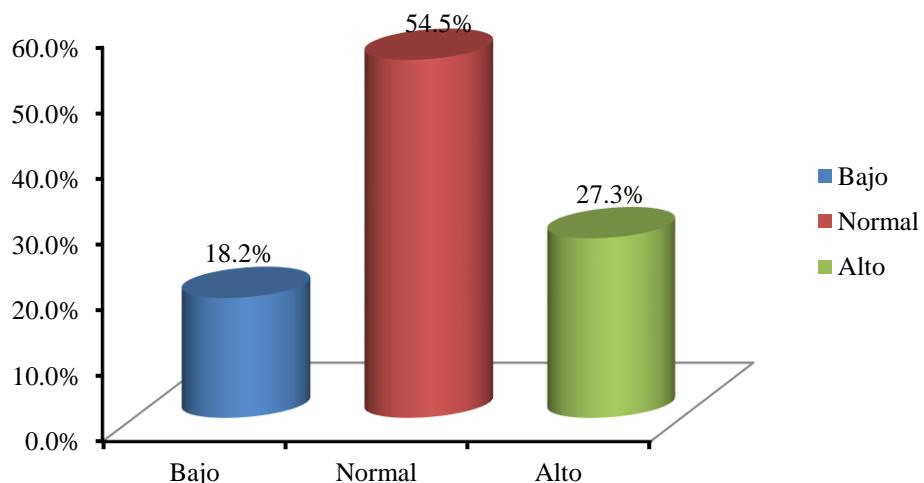
	Puntaje	Nivel
Semana 1	3	malestar ligero
Semana 2	3	malestar ligero
Semana 3	3	malestar ligero
Semana 4	3	malestar ligero
Semana 5	3	malestar ligero
Semana 6	3	malestar ligero
Semana 7	3	malestar ligero
Semana 8	3	malestar ligero
Semana 9	2	malestar ligero
Semana 10	2	malestar ligero
Semana 11	2	malestar ligero
Semana 12	3	malestar ligero
Semana 13	2	malestar ligero
Semana 14	2	malestar ligero
Semana 15	2	malestar ligero
Semana 16	1	malestar ligero
Semana 17	2	malestar ligero
Semana 18	2	malestar ligero
Semana 19	1	malestar ligero
Semana 20	1	malestar ligero

GRAFICO 10 Dispersión de Promedios SINTOMA-Ineficacia

La ineficacia ha ido disminuyendo ligeramente a lo largo de las 20 semanas de duración del programa cognitivo conductual, ya que al inicio del mismo este problema era visto como un malestar ligero; pero una puntuación de 3 puntos y al final del programa la ineficacia seguía siendo un malestar ligero; pero con un puntaje de 1 o 2 puntos.

TABLA 11. Frecuencia Ira rasgo pre-test

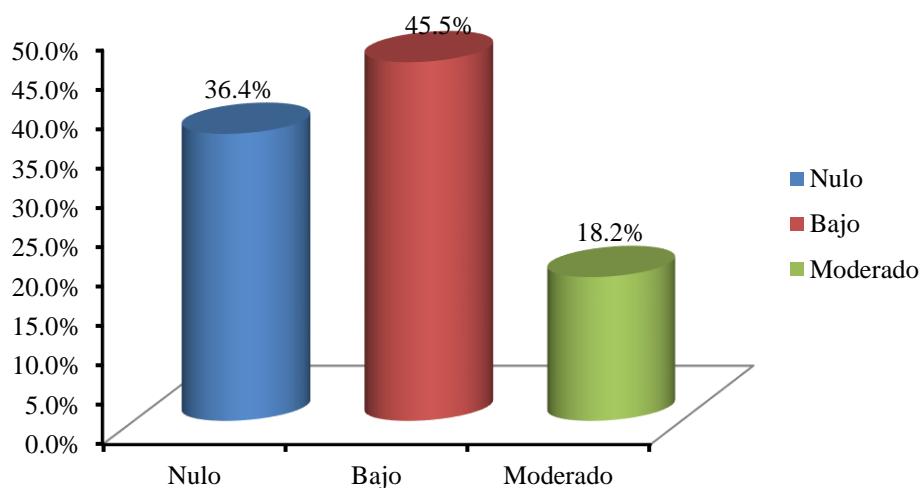
	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	2	18,2
Normal	6	54,5
Alto	3	27,3
Total	11	100,0

GRAFICO 11 Comparación entre los niveles obtenidos en la Escala Ira Rasgo antes del programa

La ira como rasgo antes del inicio del programa cognitivo conductual era mayormente de un nivel normal (54.5%); mientras que el 27.3% de evaluados presenta un nivel alto y solo el 18.2% un nivel bajo.

TABLA 12. Frecuencia Ira Estado pre-test

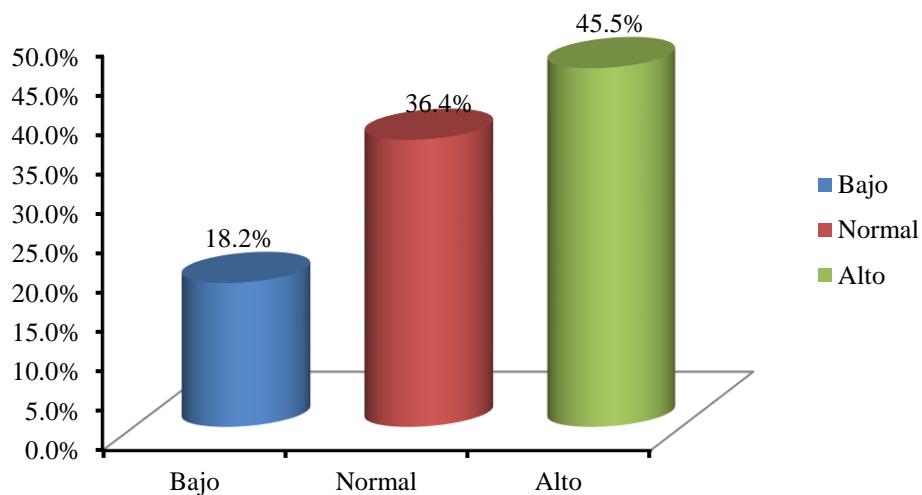
	Frecuencia	Porcentaje
Nulo	4	36,4
Bajo	5	45,5
Moderado	2	18,2
Total	11	100,0

GRAFICO 12. Comparación entre los niveles obtenidos en la Escala Ira Estado antes del programa

La ira como estado antes del inicio del programa cognitivo conductual era mayormente de un nivel bajo (36.4%); mientras que el 36.4% de evaluados presenta un nivel nulo y solo el 18.2% un nivel moderado.

TABLA 13. Frecuencia Índice de Expresión de la Ira pre-test

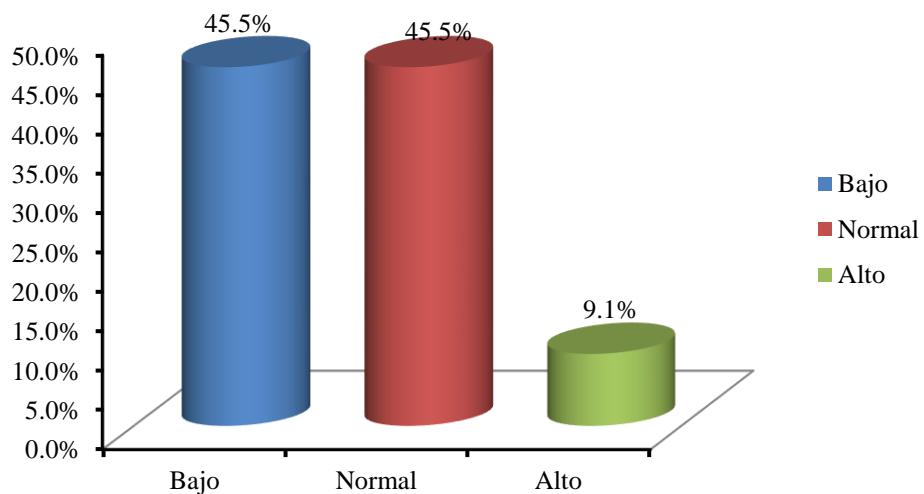
	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	2	18,2
Normal	4	36,4
Alto	5	45,5
Total	11	100,0

GRAFICO 13 Comparación entre los niveles obtenidos en la Escala Índice de Expresión de Ira antes del programa

El índice de expresión de la ira antes del inicio del programa cognitivo conductual era mayormente de un nivel alto (45.5%); mientras que el 36.4% de evaluados presenta un nivel normal y solo el 18.2% un nivel bajo.

TABLA 14. Frecuencia Ira Rasgo post-test

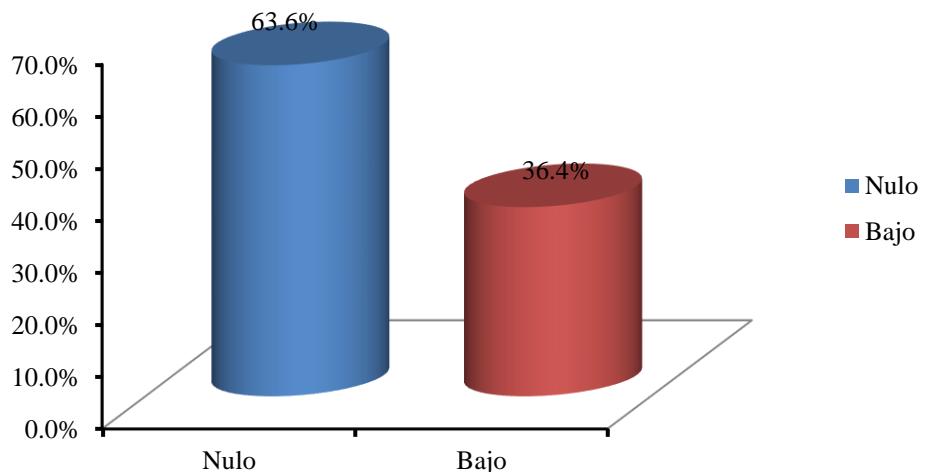
	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	5	45,5
Normal	5	45,5
Alto	1	9,1
Total	11	100,0

GRAFICO 14 Comparación entre los niveles obtenidos en la Escala Ira Rasgo después del programa.

La ira como rasgo después del inicio del programa cognitivo conductual era mayormente de un nivel bajo (45.5%); mientras que el 45.5% de evaluados presenta un nivel normal y solo el 9.1% un nivel alto.

TABLA 15. Frecuencia Ira Estado post-test

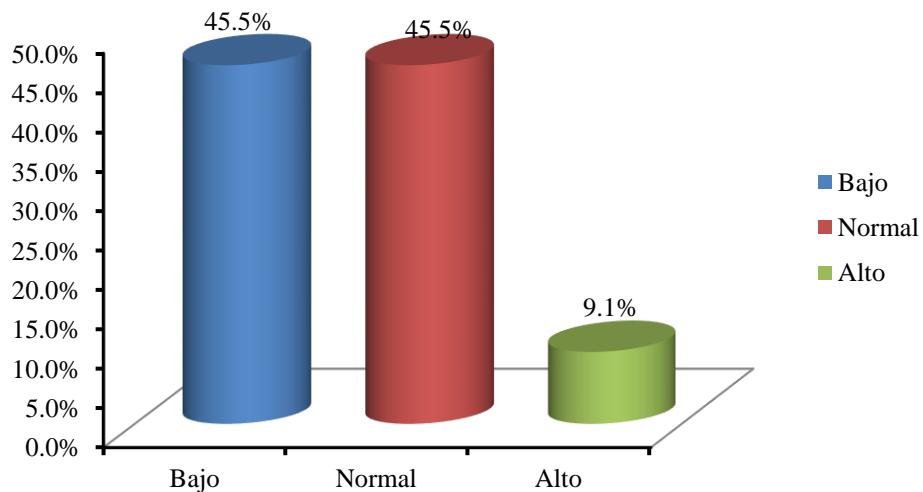
	Frecuencia	Porcentaje
Nulo	7	63,6
Bajo	4	36,4
Total	11	100,0

GRAFICO 15 Comparación entre los niveles obtenidos en la Escala Ira Estado después del programa.

La ira como estado después del inicio del programa cognitivo conductual era mayormente de un nivel nulo (63.6%); mientras que el 36.4% de evaluados presenta un nivel bajo.

TABLA 16. Frecuencia Índice de Expresión de la Ira post-test

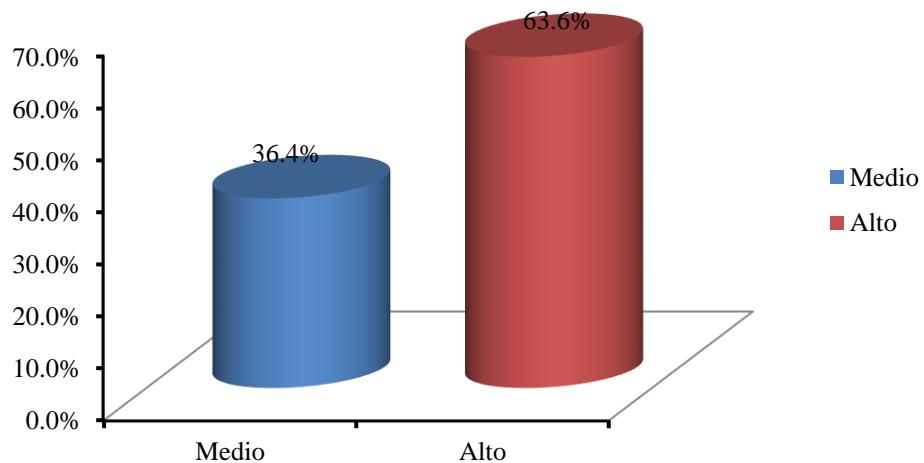
	Frecuenci a	Porcentaj e
Bajo	5	45,5
Normal	5	45,5
Alto	1	9,1
Total	11	100,0

GRAFICO 16. Comparación entre los niveles obtenidos en la Escala Índice de Expresión de Ira después del programa.

El índice de expresión de la ira después del inicio del programa cognitivo conductual era mayormente de un nivel bajo (45.5%); mientras que el 45.5% de evaluados presenta un nivel normal y solo el 9.1% un nivel alto.

TABLA 17. Frecuencia Ansiedad Estado pre-test

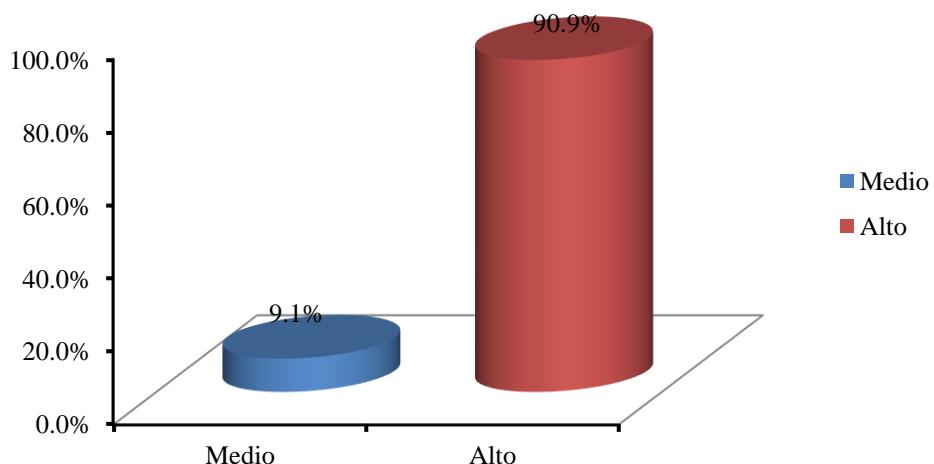
	Frecuencia	Porcentaje
Medio	4	36,4
Alto	7	63,6
Total	11	100,0

GRAFICO 17. Comparación entre los niveles obtenidos en la Escala Ansiedad Estado antes del programa del programa.

La ansiedad estado antes de la aplicación del programa cognitivo conductual es mayormente de un nivel alto (63.6%); mientras que solo el 36.4% de evaluados tiene un nivel medio en esta variable.

TABLA 18. Frecuencia Ansiedad Rasgo pre-test

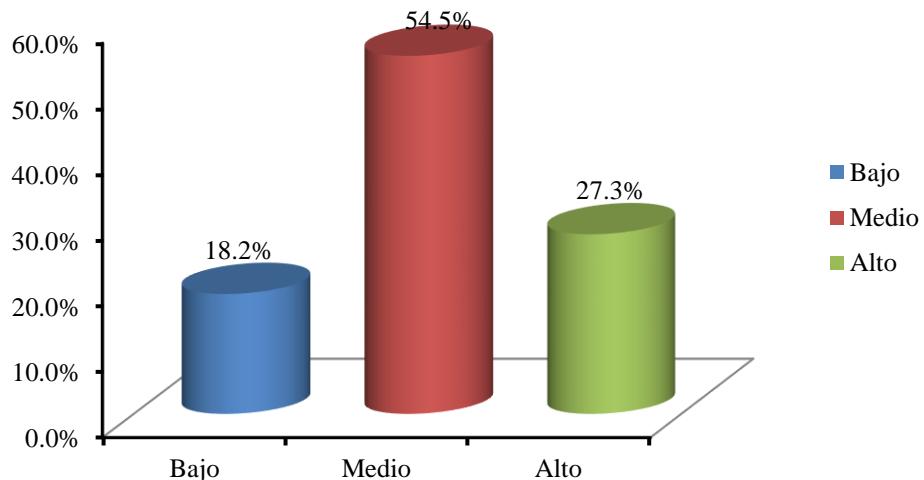
	Frecuenci a	Porcentaj e
Medio	1	9,1
Alto	10	90,9
Total	11	100,0

GRAFICO 18. Comparación entre los niveles obtenidos en la Escala Ansiedad Rasgo antes del programa del programa.

La ansiedad rasgo después de la aplicación del programa cognitivo conductual es mayormente de un nivel alto (90.9%); mientras que solo el 9.1% de evaluados tiene un nivel medio en esta variable.

TABLA 19. Frecuencia Ansiedad Estado post-test

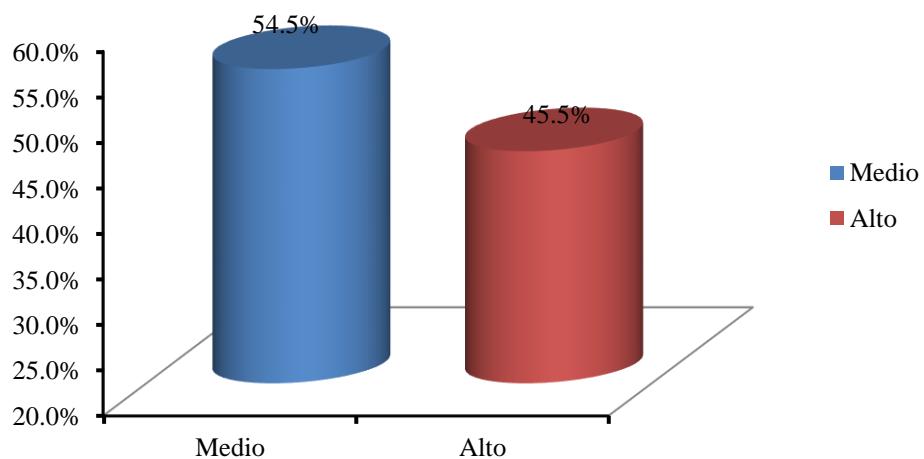
	Frecuenci a	Porcentaj e
Bajo	2	18,2
Medio	6	54,5
Alto	3	27,3
Total	11	100,0

GRAFICO 19. Comparación entre los niveles obtenidos en la Escala Ansiedad Estado después del programa del programa.

La ansiedad estado después de la aplicación del programa cognitivo conductual es mayormente de un nivel medio (54.5%); mientras que el 27.3% de evaluados tiene un nivel alto y el 18.2% de evaluados tiene un nivel bajo en esta variable.

TABLA 20. Frecuencia Ansiedad Rasgo post-test

	Frecuencia	Porcentaje
Medio	6	54,5
Alto	5	45,5
Total	11	100,0

GRAFICO 20. Comparación entre los niveles obtenidos en la Escala Ansiedad Rasgo después del programa del programa.

La ansiedad rasgo después de la aplicación del programa cognitivo conductual es mayormente de un nivel medio (54.5%); mientras que el 45.5% de evaluados tiene un nivel alto en esta variable.

TABLA 21. Prueba T de Student al Factor Ira/Hostilidad

		Media	N	Desviación típ.	t	gl	Sig. (bilateral)
Par 1	Ira rasgo pre-test	22,64	11	6,562	2,880	10	,016
	Ira rasgo post-test	18,91	11	3,885			
Par 2	Ira estado pre-test	19,09	11	6,395	1,777	10	,106
	Ira estado post-test	15,45	11	1,214			
Par 3	Índice de expresión de la ira pre-test	36,00	11	12,830	3,086	10	,012
	Índice de expresión de la ira post-test	28,82	11	8,998			

Encontramos que existen diferencias estadísticamente significativas entre el pre y post-test de la aplicación del programa cognitivo conductual en cuanto a la ira rasgo ($t=2.880$; $p<0.05$) y el índice de expresión de la ira ($t=3.086$; $p<0.05$); en ambos casos los puntajes del pre-test son mayores que los del post-test, lo que nos indica que el programa ha ayudado a disminuir los niveles de la ira en los evaluados.

TABLA 22. Prueba T Student al Factor Ansiedad

	Media	N	Desviación típ.	t	gl	Sig. (bilateral)
Par 1 Ansiedad estado pre-test	46,18	11	6,780	2,059	10	,066
Ansiedad estado post-test	39,45	11	9,883			
Par 2 Ansiedad rasgo pre-test	53,91	11	8,252	2,923	10	,015
Ansiedad rasgo post-test	44,73	11	5,833			

Encontramos que existen diferencias estadísticamente significativas entre el pre y post-test de la aplicación del programa cognitivo conductual en cuanto a la ansiedad como rasgo ($t=2.923$; $p<0.05$); en este caso el puntaje del pre-test es mayor que el del post-test, lo que nos indica que el programa ha ayudado a disminuir los niveles de ansiedad en los evaluados.

TABLA 23. Prueba T sobre la Variable Presión Arterial

				Desviación			Sig.
		Media	N	típ.	t	gl	(bilateral)
Par 1	Presión sistólica pre-test	122,50 0	11	3,0903	6,768	10	,000
	Presión sistólica post-test	118,72 7	11	3,9075			
Par 2	Presión diastólica pre-test	74,955	11	2,3712	4,271	10	,002
	Presión diastólica post-test	72,909	11	2,0835			

Encontramos que existen diferencias estadísticamente significativas entre el pre y post-test de la aplicación del programa cognitivo conductual en cuanto a la presión sistólica ($t=6.768$; $p<0.05$) y la presión diastólica ($t=4.271$; $p<0.05$); en ambos casos los puntajes del pre-test son mayores que los del post-test, lo que nos indica que el programa ha ayudado a disminuir los niveles de la presión arterial en los evaluados.

DISCUSIÓN

En América Latina se vive una transición epidemiológica, con coexistencia de enfermedades infecciosas agudas y enfermedades cardiovasculares crónicas. La mortalidad cardiovascular representa el 26% de las muertes por todas las causas, pero podría experimentar un aumento epidemiológico debido a la creciente prevalencia de los factores de riesgo. Así, en nuestro país la población entre las edades de 15 y más años de edad, se encontró un 16,6% con hipertensión arterial; siendo los hombres más afectados (21,5%) que las mujeres (12,3%). La prevalencia de hipertensión arterial es mayor en la Costa sin Lima Metropolitana (20,2%) seguido por Lima Metropolitana (18,7%); en tanto, la menor prevalencia se registró en la Selva (11,9%) y en la Sierra (13,3%). De la población con diagnóstico médico de hipertensión arterial, el 62,2% ha recibido y/o comprado medicamentos para controlar la presión alta. La población femenina hipertensa con tratamiento farmacológico alcanzó el 63,3% y la masculina 60,5%. La mayor proporción de hipertensos con tratamiento reside en Lima Metropolitana

y Costa sin Lima Metropolitana con 69,3% en cada caso; seguido por la Selva (51,2%) y Sierra (46,2%). (**INEI, 2013**)

La presente investigación precisa desde el plano intervencional aplicar un programa cognitivo conductual en pacientes con hipertensión arterial ya que esta enfermedad según Amigo Vázquez (2012) se define como una elevación crónica de la presión sanguínea sistólica, de la diastólica o de ambas en las arterias siendo una de las enfermedades de riesgo cardiovascular más importantes, que constituye uno de los principales factores de riesgo en las enfermedades cardíacas la cual según Ofman, Pereyra & Stefani (2013) también se le llama psicofisiológico. Schumacher, Holst; & Quiros Morales (2011) hablan de las técnicas cognitivos conductuales en la prevención y tratamiento de la hipertensión arterial ya que comprobaron la influencia del pensamientos y del comportamiento en el funcionamiento del organismo.

En nuestro trabajo se hayo que los pacientes presentan niveles de ansiedad e ira elevados haciendo que estas personas pueden llegar a estar expuestos a estados de ira y ansiedad, predisponiéndolos a entrar en preocupaciones, sentirse intranquilos, etc. Según Moleiro Perez & Garcia Romagosa (**2004**) concluyendo que los hipertensos son más propenso a vivencias negativas y vulnerabilidad al estrés, así como la depresión, ira y ansiedad recomendando incorporar en estos pacientes programas dirigido a fomentar estilos de vida saludables y el desarrollo de habilidades de afrontamiento al estrés y de autocontrol emocional.

En los resultados obtenidos se observa una reducción y manteniendo de la presión arterial en el proceso del programa cognitivo conductual después de aplicar las técnicas de autocontrol emocional tal como en el trabajo realizado por Holst Schumacher & Quirós Morales (**2010**) que concluyen que la intervención evidencia una disminución en las cifras de tensión arterial a la aplicación del tratamiento infiriendo que el control de los factores como ira, estrés, ansiedad por medios de técnicas cognitivas conductuales ayudando a la reducción de los niveles de presión arterial. Trabajos como los realizados por Riveros y colaboradores (2005) en

donde buscaron valorar el nivel de calidad de vida de un grupo de pacientes y examinar el efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre su mejora, dieron a conocer que sus intervenciones resultaron eficaces, para mejorar el estado de las variables que abordaron y las variables fisiológicas tales como el índice de glucosa en sangre y la presión arterial, entre otras

Miguel-Tobal Y Colaboradores (1994) demostraron que tras la aplicación de su programa obtuvieron cambios relevantes en las distintas dimensiones analizadas: solución de problemas, ansiedad, ira y presión arterial llegando a ser estadísticamente significativos los cambios encontrados. Reafirmando que en nuestros resultados las aplicación del programa cognitivo conductual tuvo efectos significativos tanto en los factores de ansiedad, ira y síntomas asociados al estrés.

En cuanto al factor ansiedad existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la ansiedad como rasgo lo que demuestra que nuestro programa disminuyo los niveles de ansiedad, resultados similares a los obtenidos en el trabajo de Fernandez Lopez (**2009**) en Madrid donde el programa de intervención cognitivo conductual muestra eficacia a la hora de controlar las emociones de ansiedad e ira. Respecto a los niveles de ansiedad encontró en sus resultados que advierten una reducción estadísticamente significativa tras la aplicación del programa de intervención en lo que respecta al rasgo de ansiedad. Es decir, la intervención aplicada disminuye la tendencia a percibir diferentes situaciones como potencialmente peligrosas o amenazantes, reduciendo así la frecuencia de la experimentación de situaciones ansiógenas siguiendo como referencia este estudio afirmamos que el trabajo con intervención cognitivo conductual reduce significativamente la ansiedad que obtuvimos en nuestros resultados tras la aplicación del programa en los pacientes hipertensos. Se han elaborado diferentes intervenciones cognitivo-conductuales para el control de la ansiedad el entrenamiento en manejo de ansiedad y los procedimientos de inoculación de estrés, entre ellas, han demostrado experimentalmente su eficacia en el control de esta variable psicológica, si bien se desconoce

aún si tal eficacia alcanza también a los factores de riesgo biológico concomitantes a estas emociones. (Piqueras Rodríguez, y otros, 2008).

El autor Amigo Vázquez (2012) menciona que la hostilidad se relaciona con la mortalidad coronaria y con otros factores de riesgo cardiovascular, ya que podía considerar como un predictor independiente de la enfermedad cardiocoronaria, ya que cuando se controlaba el efecto de dichos factores, el efecto de la hostilidad sobre la enfermedad desaparecía. Tapia y Labiano (2004) observaron que tanto los normotensivos como los hipertensos esenciales presentaron valores similares de ansiedad y cólera, incluyendo cólera manifiesta y encubierta. En nuestra investigación en los resultados vemos una disminución del rasgo y la expresión de la ira una vez aplicado el entrenamiento en técnicas cognitivas conductuales verificando la eficiencia del programa sobre este factor.

Cabe mencionar que según la teoría sobre la conducta tipo A esta influye en el perfil de la persona hipertensa, ya que estas personas muestran un exagerado sentido de urgencia del tiempo y una gran impaciencia, se implica mucho en el trabajo, son competitivas, su relación con los demás suele ser tensa, conllevando a padecer ciertas sintomatologías que propician el aceleramiento de la presión. El intenso estrés al que están habitualmente sometidos estos individuos incrementa considerablemente su riesgo cardiovascular y agrava el pronóstico si ya han padecido un infarto de miocardio, especialmente su riesgo cardiovascular. (Gallar, 2006). Estos predicen cambios en la media de la presión arterial después de un tratamiento con retroalimentación electromiográfica, entrenamiento autógeno y relajación muscular (Labiano & Brusasca, 2002).

El abordaje psicológico de las enfermedades cardiovasculares como la hipertensión dan aportes de orden práctico lo que da realce a la labor psicológica inmiscuyéndonos mucho más en dar una atención integral, ya no solo haciendo la promoción de conductas que ayudan a la mejora de su estado o la prevención de aquellas otras conductas que provoquen

esta afección, sino que abordaríamos de una forma directa a todas aquellas personas que lleven años esta afección lo que nos lleva a estar de acuerdo con lo que menciona Riveros (2005) de que los resultados son alentadores por su relevancia clínica y su probable relación costo-beneficio, demostrando los beneficios potenciales del trabajo psicoterapéutico no sólo como componente central de la atención integral de la salud sino para propiciar mejor los recursos de las instituciones. Finalmente consideramos destacar la relevancia de este estudio en vista de que son pocos los programas planteados en nuestro país, con temática de estudio el tratar la hipertensión arterial por medio de técnicas psicológicas con tendencia cognitiva conductual, por tal razón creemos haber contribuido con la presente investigación para que se tomen cuenta la significancia de este aspecto en el aumento de la presencia del profesional psicólogo en la promoción, prevención y tratamiento de diversas enfermedades crónicas dentro de ellos esta las cardiovasculares.

CONCLUSIONES

PRIMERA: El programa cognitivo conductual es efectivo en el control de la HTA logrando reducir los niveles de ansiedad, ira/hostilidad, síntomas asociados al estrés y presión arterial, mostrando cambios favorables en el estilo de vida de los pacientes, reduciendo la probabilidad de sufrir futuras complicaciones.

SEGUNDA: De la muestra estudiada la mayoría de los pacientes estudiados presentaron puntajes altos en los niveles de ansiedad rasgo como en ira rasgo y en el índice de expresión de la ira.

TERCERA: Se concluye que mediante la técnica de registro se detectó que los síntomas asociados al HTA son la ansiedad familiar, depresión, la ineeficacia en la solución de problemas, fatiga, cólera e irritabilidad, dolores de cabeza, dolores de cuello y tensión muscular fueron los más frecuentes demostrando que tanto síntomas físicos como psicológicos intervienen en la HTA.

CUARTA: El síntoma de ansiedad familiar mostro un mayor nivel de malestar dentro de la muestra estudiada indicando su excesiva preocupación por la dinámica familiar.

QUINTA: La aplicación del programa cognitivo conductual disminuyó los niveles de ansiedad e ira en los pacientes hipertensos. Reduciendo de forma significativa el nivel de ansiedad e ira rasgo mejorando sus estados emocionales y desenvolvimiento en la solución de problemas que se les presenta.

SEXTA: Se determinó que la Presión Arterial se mantiene o disminuye después de aplicar el programa mostrando un mejor alivio en los pacientes.

RECOMENDACIONES

1. En base a los resultados obtenidos en este estudio, consideramos que es importante la creación de más programas de intervención psicológica para la HTA y así promover el tratamiento no farmacológico de este tipo de enfermedades
2. Los servicios de salud dedicados al tratamiento de enfermedades cardiovasculares deben fomentar la práctica de los tratamientos no farmacológicos dando énfasis al trabajo que realizan los psicólogos de la salud.
3. Realizar estudios adicionales sobre la efectividad de los programas cognitivo conductuales en el control de la hipertensión arterial, que permitan ampliar los conocimientos en otras poblaciones, tomando en cuenta la influencia de otros factores como la calidad de vida,
4. Crear programas que impliquen a la familia durante el proceso de tratamiento.

REFERENCIAS

- Alonso Guerra, J. P. (2009). *Hipertension arterial para la atencion primaria de la salud*. La Habana: Ciencias medicas.
- Amigo Vázquez, I. (2012). *Manual de psicología de la salud*. España.
- Arrivillaga Quintero, M., Correa Sánchez, D., & Salazar Torres, I. C. (2007). *Psicología de la Salud. Abordaje Integral de la Enfermedad Cronica*. Bogotá: Editorial El Manual Moderno (Colombia) Ltda. Obtenido de <http://booksmedicos.org/psicologia-de-la-salud-abordaje-integral-de-la-enfermedad-cronica/#more-118309>
- Beck, A. T., & Clark, D. A. (2012). *Terapia Cognitiva para el Transtorno de ansiedad*. España: Desclée de Brouwer.
- Beck, A. T., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (2010). *Terapia Cognitiva de la Depresión* (Diecinueve ed.). Bilbao, España: Desclée de Brower.
- Bernal Torres, C. A. (2010). *Metodología de la investigación* (Tercera ed.). Bogotá, Colombia: Pearson Educación.
- Brannon, L., & Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo, S.A.
- Braunwald, E., Bonow, R., Mann, D. L., Zipes, D. P., & Libby, P. (2013). *Tratado de Cardiología* (Novena ed., Vol. 1). (S. Gea Consultoría Editorial, Trad.) España, Barcelona: ELSEVIER.
- Caballo, V. E. (1998). *Manual de Técnicas de Terapia Y Modificación de Conducta* (Cuarta ed.). Madrid, España: Siglo XXI de España Editores.
- Caballo, V. E. (2007). *Manual para el Tratamiento Cognitivo-Conductual de los Trastornos Psicológicos* (Segunda ed., Vol. 1). Madrid, España: Siglo XXI de España Editores.
- Caro Gabalda, I. (2009). *Manual Teórico-Práctico de Psicoterapias Cognitivas* (Segunda ed.). Bilbao, España: DESCLÉE DE BROUWER.
- Castellano Vazquez, J., & Nasarre Lorite, E. (2006). Aspectos psicológicos en las enfermedades cardivasculares. *Sociedad Española de Cardiología*.
- Consenso Latinoamericano sobre Hipertensión Arterial. (2001). *Journal of Hypertension*, 6(2), 28. Recuperado el 2015, de <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2014/04/Consenso-Latinoamericano-sobre-Hipertension-Arterial.pdf>
- Consuegra Anaya, N. (2010). *Diccionario de Psicología* (Segunda ed.). Bogotá: ECOE Ediciones. Obtenido de <http://www.freilibros.org/diccionario/diccionario-de-psicologia-2da-edicion-natalia-consuegra-anaya.html>

- Davis, M., McKay, M., & Robbins, E. (1985). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona.
- Fernandez , E., Martin, M., & Dominguez, F. (2003). Guia de tratamiento psicologicos en los transtornos cardiovasculares. En J. Fernandez, C. Fernandez, & I. Amigo, *guia de tratamiento psicologicos efficacesII* (págs. 93-112). Madrid, España: piramide.
- Fernandez Lopez, V. (2009). *Eficacia de una intervencion cognitivo conductual en el tratamiento de la hipertencion arterial*. Madrid.
- Flórez Alarcon, L. (2007). *Psicología Social de la Salud. Promoción y Prevención*. Bogotá, Colombia: El Manual Moderno. Obtenido de www.booksmedicos.com
- Gallar, M. (2006). *Promocion de la salud y apoyo Psicologico al paciente* (4 ta ed.). España: Thomson editores Spain.
- Garcia Barreto, D. (2000). *Hipertension Arterial*. Mexico.
- Hernandez Sampieri, R., Fernandez Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodologia de la investigacion* (Vol. 6ta). Mexico. Recuperado el 10 de octubre de 2016
- Holst Schumacher, F., & Quirós Morales, D. (2010). Control del estrés, ira y ansiedad en pacientes con hipertensión arterial mediante TREC. *Revista Costarricense de Psicología*, 29(43), 35-46. Recuperado el 2015, de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5278245.pdf>
- INEI, I. N. (2013). *Peru enfermedades no Trasmisibles y trasmisibles*. Lima.
- Labiano, L. M., & Brusasca, C. (2002). Tratamientos psicologicos en la hipertension arterial. *Interdisciplinaria*, 19(1), 85-97. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18011328004>
- Lega, L., Caballo, V., & Ellis, A. (1997). *Teoria y Practica de la Terapia Racional Emotivo-Conductual* (Primera ed.). Madrid, España: Siglo XXI Editores.
- Luban Plozza, B., & Poldinger, W. (1986). *El enfermo psicosomatico y su medico practico* (2da ed.). Suiza: Roche.
- Maganto Mateo, C., & Maganto Mateo, J. (2010). *Como potenciar emociones positivas y afrontar las negativas*. Madrid, España: Piramide.
- Marieb, E. N. (2008). *Anatomia y fisiologia humana*. Madrid. Recuperado el 5 de octubre de 2016
- Marrou Ulloa, F., Raffo Benavides, L., & Zapata Ponce, L. (2010). Diseño y ejecucion de programas psicoeducativos.
- Martin Camacho, J. (2003). *Fundación Foro. Institución dedicada a la Formación, Asistencia, Prevención e Investigación en el campo de la Salud*

Mental. Recuperado el 29 de 06 de 2015, de Fundacion Foro: <http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>

McKay, M., Davis, M., & Fanning, P. (1985). *Técnicas Cognitivas para el tratamiento del estrés*. Barcelona.

Mendoza González, B. (2010). *Manual de Autocontrol del Enojo. Tratamiento Cognitivo-Conductual*. Mexico, Mexico: Manual Moderno.

Miguel-Tobal, J. J., Cano-Vindel, A., Casado Morales, I., & Escalona Martínez, A. (1994). Emociones e hipertensión. Implantación de un programa cognitivo-conductual en pacientes hipertensos. *Anales de Psicología*, 10(2), 199-216. doi:<http://dx.doi.org/10.6018/29681>

Milei, J., & Lerman, J. (2015). *Cardiología Temas Actuales* (Primera ed.). Buenos Aires, Argentina: Corpus. Recuperado el 2015, de <http://booksmedicos.org/cardilogia-temas-actuales-jose-milei-jorge-lerman/#more-118575>

Moleiro Perez, O., & Garcia Romagosa, G. (2004). Influencia del estrés y las emociones en la hipertension arterial. *Cubana de medicina*.

Morales Calatayud, F. (1997). *Introducción al estudio de la psicología de la salud*. Mexico: Unison.

Morrison, V., & Bennett, P. (2008). *Psicología de la Salud*. Madrid, España: PEARSON EDUCACIÓN.

Nezu, A. M., Maguth Nezu, C., & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamiento cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. Mexico D.F., Mexico: Manual Moderno.

Oblitas Guadalupe, L. A. (2010). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida* (Tercera ed.). Mexico, D.F.: Cengage Learnig.

Ofman, S. D., Pereyra, C. I., & Stefani, D. (2013). Autocuidado en pacientes hipertensos esenciales en el tratamiento. diferencia entre genero. *Boletín de psicología*, 91-106.

OMS. (2014). *Las 10 causas principales de defunción en el mundo*. Recuperado el 11 de Febrero de 2015, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/es/>

Pérez Álvarez, M., Fernández Hermida, J. R., Fernández Hermida , C., & Amigo Vásquez, I. (2003). *Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces* (Vol. 2). Madrid, España: Pirámide.

Piqueras Rodríguez, J. A., García López, L. J., Martínez González, A. E., Rivero Burón, R., Oblitas Guadalupe, L. A., & Ramos Linares, V. (2008). ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y SALUD. *Suma Psicológica*(15), 43-73. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134212604002>

- Riso, W. (2006). *Terapia Cognitiva: fundamentos teoricos y conceptualizacion del caso clínico* (Primera ed.). Bogota, Colombia: Grupo Editorial Norma.
- Riveros, A., Ceballos, G., Laguna, R., & Sanches-Sosa, J. J. (2005). EL MANEJO PSICOLÓGICO DE LA HIPERTENSIÓN ESENCIAL: EFECTOS DE UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL. . *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(3), 493-507. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80537304>
- Ruiz Fernandez, A., Díaz García, M., & Villalobos Crespo, A. (2012). *Manual de Tecnicas de intervencion Cognitivo Conductuales*. RGM, S.A. Recuperado el 30 de SETIEMBRE de 2016
- Ruiz Mori, E., Segura Vega, L., & Rodrguez Montes de Oca, J. (2011). *Sociedad Peruana de Cardiologia: Guía de Diagnostico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial, "De la Teoria a la Practica"* (Primera ed.). Lima: Sanofi-Aventis Perú.
- salud, O. P. (1990). *La hipertension arterial como problema de salud comunitario*.
- Schumacher, Holst;, F., & Quiros Morales, D. (2011). Control del estres, ira ansiedad en pacientes con hipertension arterial mediante la TREC. *Costarricense de Psicologia*, 29, 35-46.
- Torres Zamudio, C. (Julio de 2003). Hipertension. *Revista de la sociedad peruana de hipertension arterial*, VI(I).
- Vargas Cordero, Z. R. (2009). La investigación aplicada: Una forma de conocer las realidades con evidencia científica. *Educación*, 33(1), 155-165. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44015082010>
- Zayfert, C., & Black Becker, C. (2008). *Terapia cognitivo-conductual para el tratamiento del trastorno por estrés postraumático*. Mexico DF, Mexico: Manual Moderno.

ANEXOS

DATOS PERSONALES

Sujeto Número		Grupo:		Centro:		Fecha:	
Nombre y Apellidos:				Edad:		Sexo:	
Estado Civil:					Teléfono:		

DATOS CLÍNICOS RELACIONADOS CON HTA

SOBRE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

¿Cuándo fue la última vez que se tomó la tensión?

- Esta semana ()
 - En los últimos 15 días ()
 - Hace entre 1 y 2 meses ()
 - Hace 3 meses ()
 - Hace más de 6 meses ()
 - Hace más de un año ()

¿Recuerda el nivel de tensión arterial que tenía? (si es así anótelo) Sistólica (alta).....Diastólica
(baja).....

¿Le han diagnosticado alguna vez Hipertensión? Si () No ()

En caso afirmativo, ¿de qué tipo? ¿Desde cuándo?

¿Padece usted enfermedades importantes? (En caso afirmativo indique cuál/es)

ADHERENCIA TERAPEÚTICA A LAS MEDIDAS HIGIÉNICO-DIETÉTICAS y FARMACOLÓGICAS

A continuación aparecen una serie de frases relacionadas con el tipo de hábitos alimenticios y de actividad física que sigue usted habitualmente. Por favor, señale la frecuencia con la que considera que lleva a cabo cada uno de los siguientes aspectos.

¿Conoce el nombre de los medicamentos que toma?

No () Si ()

¿Alguna vez olvidó tomar los medicamentos para la hipertensión?

No () Si ()

En las últimas dos semanas, ¿cuántos comprimidos no ha tomado?

De 0 a 1 () 2 o más ()

¿Cuándo se encuentra mal se olvida de tomar la medicación?

No () Si ()

¿Cuándo se encuentra bien se olvida de tomar la medicación?

No () Si ()

Indique mediante una cruz cuál de los siguientes factores de riesgo cardiovascular tienen que ver con usted:

Obesidad
Consumo de alcohol frecuente
Consumo de tabaco
Colesterol
Diabetes
Antecedentes familiares con hipertensión

Antecedentes familiares con otra patología coronaria	
Ausencia de actividad física	
Indique su peso	
Indique su altura	
IMC	

Por favor, si actualmente sigue algún tipo de tratamiento farmacológico, tanto para la hipertensión como para cualquier otro tipo de problema, indíquelo en la siguiente tabla:

SOBRE SU ALIMENTACIÓN

Prácticamente a diario 4-7 veces/semana		
De forma regular 3-4 veces/semana		
Algunas veces 1-2 veces/semana		
Prácticamente nunca o de forma esporádica		

1. Dietabaja en sal. P.ej evita echar sal a las comidas u otras sustancias que contengan sal, evita elaborar las comidas con sal, evita los alimentos
 2. Dietabaja en calorías. P.ej evita comer bollos, golosinas, alimentos ricos
 3. Dieta baja en grasa. P.ej evita comer embutidos, alimentos ricos en

Responda en qué medida consume cada uno de los siguientes alimentos a lo largo de una semana:

	Prácticamente a diario 4-7 veces/semana	De forma regular 3-4 veces/semana	Algunas veces 1-2 veces/semana	Prácticamente nunca o de forma esporádica
Aceitunas				
Jamón serrano, lomo embuchado, panceta				
Pescados salados o ahumados				
Aperitivos salados				
Quesos /Burgos				
Jamón de York				
Otros embutidos y patees (mortadela, salchichón, salchichas, chorizo, etc.)				
Patatas fritas				
Hamburguesas/ perritos calientes				
Mariscos				
Alimentos enlatados o en sobre.				
Alimentos precocinados (croquetas, pizza, etc.).				
Dulces (bollos, bombones, etc.)				
Frutos secos				
Café				
Alcohol fermentado (vino)				
Bebidas destiladas (p.ej Wiski)				
Bebidas con gas				

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL

EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS...	No, en absoluto	Si, algo	Sí, bastante	Sí, mucho
¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas?				
¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?				
¿Ha notado dificultades al respirar o sensación de falta de aire sin causa aparente?				
¿Se le han hinchado los tobillos?				
¿Ha notado que orina más a menudo?				
¿Ha notado sequedad en la boca?				
¿Ha notado dolor en el pecho sin hacer ningún esfuerzo?				
¿Ha notado una sensación de entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo?				
¿Diría usted que su hipertensión y el tratamiento de la misma afecta a su calidad de vida?				

Parte 1. ESCALA DE ESTADO

- ◆ TRASLADE LAS PUNTUACIONES DE CADA FILA A SU RECUADRO CORRESPONDIENTE.
- ◆ LUEGO SUME LAS PUNTUACIONES DE CADA COLUMNAS PARA OBTENER LA PUNTUACIÓN DE CADA ESCALA.
- ◆ SUME AHORA LAS PUNTUACIONES DE LAS TRES ESCALAS PARA HALLAR LA PUNTUACIÓN TOTAL ESTADO.
- ◆ TRASLADE LAS PUNTUACIONES DE CADA ESCALA AL CUADRO RESUMEN PARA HALLAR LA PUNTUACIÓN TOTAL.

ESTADO				
	1	2	3	4
1. Estoy furioso	1.	<input type="text"/>		
2. Me siento irritado	1.	<input type="text"/>		2.
3. Me siento enfadado	1.	<input type="text"/>		3.
4. Le pegaría a alguien	1.	<input type="text"/>		4.
5. Estoy quemado	1.	<input type="text"/>		5.
6. Me gustaría decir tacos	1.	<input type="text"/>		6.
7. Estoy cabreado	1.	<input type="text"/>		7.
8. Daría puñetazos a la pared	1.	<input type="text"/>		8.
9. Me dan ganas de maldecir a gritos	1.	<input type="text"/>		9.
10. Me dan ganas de gritarle a alguien	1.	<input type="text"/>		10.
11. Quiero romper algo	1.	<input type="text"/>		11.
12. Me dan ganas de gritar	1.	<input type="text"/>		12.
13. Le traría algo a alguien	1.	<input type="text"/>		13.
14. Tengo ganas de abofetejar a alguien	1.	<input type="text"/>		14.
15. Me gustaría echarle la bronca a alguien	1.	<input type="text"/>		15.
PD TOTAL ESTADO <input type="text"/> = <input type="text"/> + <input type="text"/> + <input type="text"/>				

Parte 2. RASGO DE IRA

- ◆ TRASLADE LAS PUNTUACIONES DE CADA FILA A SU RECUADRO CORRESPONDIENTE.
- ◆ LUEGO SUME LAS PUNTUACIONES DE CADA COLUMNAS PARA OBTENER LA PUNTUACIÓN DE CADA ESCALA.
- ◆ SUME AHORA LAS PUNTUACIONES DE LAS DOS ESCALAS PARA HALLAR LA PUNTUACIÓN TOTAL RASGO.
- ◆ TRASLADE LAS PUNTUACIONES DE CADA ESCALA AL CUADRO RESUMEN PARA HALLAR LA PUNTUACIÓN TOTAL.

RASGO DE IRA				
	Temp.	Reacc.		
16. Me caliento rápidamente	1.	<input type="text"/>		16.
17. Tengo un carácter irritable	1.	<input type="text"/>		17.
18. Soy una persona exaltada	1.	<input type="text"/>		18.
19. Me molesta cuando hago algo bien y no me lo reconocen	1.	<input type="text"/>		19.
20. Tiendo a perder los estribos	1.	<input type="text"/>		20.
21. Me pone furioso que me critiquen delante de los demás	1.	<input type="text"/>		21.
22. Me siento furioso cuando hago un buen trabajo y se me valora poco	1.	<input type="text"/>		22.
23. Me cabreo con facilidad	1.	<input type="text"/>		23.
24. Me enfadó si no me salen las cosas como tenía previsto	1.	<input type="text"/>		24.
25. Me enfadó cuando se me trata injustamente	1.	<input type="text"/>		25.
PD TOTAL RASGO <input type="text"/> = <input type="text"/> + <input type="text"/>				

Parte 3. EXPRESIÓN Y CONTROL DE LA IRA

- TRASLADE LAS PUNTUACIONES DE CADA FILA A SU RECUADRO CORRESPONDIENTE.
- LUEGO SUME LAS PUNTUACIONES DE CADA COLUMNA PARA OBTENER LA PUNTUACIÓN DE CADA ESCALA.
- FINALMENTE TRASLADE LAS PUNTUACIONES DE CADA ESCALA AL CUADRO RESUMEN PARA HALLAR LA PUNTUACIÓN TOTAL.

EXPRESIÓN Y CONTROL DE LA IRA					
	E.Extr.	E.Int.	C.Extr.	C.Int.	
26. Controlo mi temperamento	1	2	3	4.....	26
27. Expreso mi ira	1	2	3	4.....	27
28. Me guardo para mí lo que siento	1	2	3	4.....	28
29. Hago comentarios irónicos de los demás	1	2	3	4.....	29
30. Mantengo la calma	1	2	3	4.....	30
31. Hago cosas como dar portazos	1	2	3	4.....	31
32. Ardo por dentro aunque no lo demuestro	1	2	3	4.....	32
33. Controlo mi comportamiento	1	2	3	4.....	33
34. Discuto con los demás	1	2	3	4.....	34
35. Tiendo a tener rencores que no cuento a nadie	1	2	3	4.....	35
36. Puedo controlarme y no perder los estribos	1	2	3	4.....	36
37. Estoy más enfadado de lo que quiero admitir	1	2	3	4.....	37
38. Digo burladas	1	2	3	4.....	38
39. Me irritó más de lo que la gente se cree	1	2	3	4.....	39
40. Pierdo la paciencia	1	2	3	4.....	40
41. Controlo mis sentimientos de enfado	1	2	3	4.....	41
42. Rehuyo encaramarme con aquello que me enfada	1	2	3	4.....	42
43. Controlo el impulso de expresar mis sentimientos de ira	1	2	3	4.....	43
44. Respiro profundamente y me relajo	1	2	3	4.....	44
45. Hago cosas como contar hasta diez	1	2	3	4.....	45
46. Trato de relajarme	1	2	3	4.....	46
47. Hago algo sosegado para calmarme	1	2	3	4.....	47
48. Intento distraerme para que se me pase el enfado	1	2	3	4.....	48
49. Pienso en algo agradable para tranquilizarme	1	2	3	4.....	49

PD

CUADRO RESUMEN DE PUNTUACIONES

Traslade las puntuaciones de las columnas de cada parte a su casilla correspondiente:

SENT.	EXP. F	EXP. V	TEMP.	REACC.	E. Ext.	E. Int.	C. Ext.	C. Int.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TOTAL ESTADO <input type="text"/>				TOTAL RASGO <input type="text"/>				

Ahora anote las puntuaciones
para obtener el
ÍNDICE DE EXPRESIÓN DE IRA (IEI).

$$IEI = (\boxed{} + \boxed{}) - (\boxed{} + \boxed{}) + 36 = \boxed{}$$

83

1. INTRODUCCIÓN

1.1. FICHA TÉCNICA

Nombre: Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2).

Autor: Charles D. Spielberger.

Nombre original: State-Trait Anger Expression Inventory.

Procedencia: Psychological Assessment Resources PAR, Odessa, Florida, EEUU.

Autores de la adaptación española: J.J. Miguel Tobal, M.I. Casado Morales, A. Cano Vindel y C.D. Spielberger.

Administración: Individual o colectiva.

Duración: 10 a 15 minutos.

Aplicación: Adolescentes y adultos.

Tipificación: Diversas muestras españolas.

El Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo, STAXI-2, es la adaptación española del *State-Trait Anger Expression Inventory-2, STAXI-2* (Spielberger, 1999).

El STAXI-2, a su vez, es el heredero de toda una larga trayectoria cuya última pretensión es la elaboración de un instrumento que permitiera evaluar las distintas facetas de la ira.

Desde principios de los años 80, Spielberger y distintos colaboradores habían venido trabajando en la evaluación de la experiencia y la expresión de la ira a través de dos escalas "State-Trait Anger Scale" y "Anger Expression Scale" (Spielberger, Jacobs, Russell y Crane, 1983; Spielberger, Johnson, Russell, Crane, Jacobs y Worden, 1985; Spielberger, Krasner y Solomon, 1988). A partir de la unión de ambas escalas, se creó un nuevo instrumento que permitió medir además del estado y el rasgo de ira, las distintas facetas de la expresión de la ira: el *State-*

Trait Anger Expression Inventory -STAXI- (Spielberger, 1988, 1991).

Esta primera versión del STAXI (STAXI-1) constaba de un total de 44 ítems distribuidos en tres partes con instrucciones específicas y que corresponden a las medidas de estado, rasgo y expresión de ira:

Estado: la primera parte corresponde a la escala de *Estado*, compuesta de 10 ítems (del 1 al 10). El sujeto debe responder a cada ítem en una escala de 4 puntos, reflejando cómo se siente en ese momento (1. No en absoluto; 2. Algo; 3. Moderadamente; 4. Mucho).

Rasgo: la segunda parte da lugar a una escala y dos subescalas: la escala de *Rasgo* y las subescalas de *Temperamento y Reacción de ira*. Está compuesta por 10 ítems (del 11 al 20) a los que el sujeto debe contestar en una escala de 4 puntos (1. Casi nunca; 2. Algunas veces; 3. A

menudo; 4. Casi siempre) debiendo responder a los ítems en función de cómo se siente normalmente.

Expresión: a partir de los ítems de esta última parte se obtienen cuatro escalas: *Ira interna*, *Ira externa*, *Control de ira* y *Expresión de ira*. Está compuesta por 24 ítems (del 21 al 44) que reflejan sentimientos o acciones que un sujeto puede realizar cuando se enfada. El sujeto debe puntuar cada ítem según una escala de 4 puntos (1. Casi nunca; 2. Algunas veces; 3. A menudo; 4. Casi siempre). Los ítems reflejan cómo reacciona o se comporta cuando está enfadado o enfurecido.

El STAXI, se revisó y amplió de 44 a 57 ítems tras una prolongada investigación a lo largo de los últimos 10 años.

Para la elaboración de esta nueva versión se trabajó en primer lugar con una versión experimental de 69 ítems, STAXI-ETF, de la que finalmente se seleccionaron los 57 ítems definitivos del STAXI-2.

Esta nueva versión, el STAXI-2, mide, de forma concisa, la experiencia, la expresión y el control de la ira. Su elaboración obedeció a dos propósitos fundamentales: a) determinar los componentes de la ira con vistas a la evaluación precisa de la personalidad normal y anormal; b) proporcionar un instrumento para medir las contribuciones de los diversos componentes de la ira en la evolución de determinados problemas de salud, particularmente la hipertensión, la enfermedad coronaria y el cáncer.

1.2. ESTADO Y RASGO DE IRA

Conceptualmente, la experiencia de la ira, tal como se mide en el STAXI-2, implica dos componentes principales: el estado de ira y el rasgo de ira. El estado de ira se define como una situación o condición emocional psicobiológica caracterizada por sentimientos subjetivos que pueden variar desde un moderado enfado o fastidio hasta una intensa furia o rabia.

La ira, en cuanto estado emocional psicobiológico, va unida generalmente a tensión muscular y a excitación de los sistemas neuroendocrino y nervioso autónomo. A lo largo del tiempo, la intensi-

dad del estado de ira varía en función de la injusticia percibida, de los ataques o trato injusto por parte de los demás o de la frustración derivada de los obstáculos a la conducta pretendida.

El rasgo de ira se caracteriza por las diferencias individuales al percibir un amplio rango de situaciones como enojosas o frustrantes y por la tendencia a responder a tales situaciones con incremento del estado de ira. Los sujetos con altas puntuaciones en rasgo de ira experimentan estados de ira más frecuentes y con mayor intensidad que los sujetos con un rasgo de ira más bajo.

1.3. EXPRESIÓN Y CONTROL DE LA IRA

Se considera que en la expresión y el control de la ira, tal y como es conceptualizada en el STAXI-2, se dan cuatro componentes principales. El primer componente, Expresión Externa de la Ira, implicó la manifestación de la ira hacia otras personas u objetos del entorno. El segun-

do componente, Expresión Interna de la Ira, consiste en dirigir la ira hacia el interior (esto es, reprimiendo los sentimientos de ira). El tercer componente, Control Externo de la Ira, se basa en el control de los sentimientos de enfado evitando su manifestación ante otras personas u obje-

tos circundantes. Finalmente, el cuarto componente, Control Interno de la Ira, se relaciona con el control de los sentimientos de ira suprimidos mediante el sosiego y la moderación en las situaciones enojosas.

El STAXI-2 revisado, con 57 ítems, consta de seis escalas, cinco subescalas y un índice de Expresión de la Ira que ofrece una medida general de la expresión y control de la ira. No han sufrido variación tres de las cinco escalas del STAXI original: Rasgo de Ira (*R*), Expresión Externa de Ira (*E. Ext.*) y Expresión Interna de Ira (*E. Int.*). Tampoco se han

modificado las dos subescalas de *R*: la de Temperamento de Ira (*Temp.*) y Reacción de Ira (*Reacc.*).

Siete de los 8 ítems que componen la escala de Control Externo (*C. Ext.*) del STAXI-2 proceden de la versión original del STAXI. La escala de ocho ítems de Control Interno (*C. Int.*) es totalmente nueva. La escala de Estado (*E*) que en el STAXI anterior estaba compuesta por 10 ítems, se ha ampliado ahora a 15 para evaluar tres componentes distintos de la intensidad de la ira como estado emocional: Sentimiento (*Sent.*), Expresión verbal (*Exp. V*) y Expresión física (*Exp. F*).

1.4. ESCALAS Y SUBESCALAS DEL STAXI-2 ESPAÑOL

La edición española del STAXI-2 con 49 ítems, consta de seis escalas, cinco subescalas y un índice de Expresión de la Ira (*IEI*) que ofrece una medida general de la expresión y control de la ira, manteniendo la misma estructura que el STAXI-2: Estado de Ira (*E*), Rasgo de Ira (*R*), Expresión Externa de Ira (*E. Ext.*), Expresión Interna de Ira (*E. Int.*), Control Externo de Ira (*C. Ext.*), Control Interno de Ira (*C. Int.*). Tres subescalas de la escala de Estado que evalúan distintos componentes de la intensidad de la ira como estado emocional: Sentimiento (*Sent.*), Expresión Verbal (*Exp. V*) y Expresión Física (*Exp. F*). Dos subescalas de la escala de Rasgo: Temperamento de Ira (*Temp.*) y Reacción de Ira (*Reacc.*).

Con respecto al origen de los ítems que componen las distintas escalas y subescalas, de forma general señalaremos que una parte importante de los ítems que componen el STAXI-2 español, proceden de la primera versión americana del inventario que constaba de 44 ítems, de los cuales una buena parte de ellos se conserva en la versión posterior de 57 ítems (STAXI-2). Otros ítems son originales del STAXI-2. Una tercera fuente de procedencia la constituye la versión

experimental de 69 ítems de la que se partió para la elaboración del STAXI-2, ítems que no constan en la versión definitiva americana, pero sí en la española. Y finalmente algunos ítems son originales del STAXI-2 español. A continuación se detalla la composición, con respecto al origen de los ítems, de cada una de las escalas del STAXI-2 español.

La escala de *Estado de Ira* consta de 15 ítems y permite evaluar tres componentes distintos de la intensidad de la ira como estado emocional: *Sentimiento*, *Expresión verbal* y *Expresión física*. De los 15 ítems de que consta, 5 proceden de la versión original del STAXI-1 y que se mantienen en el STAXI-2; 3 se toman de la versión preliminar experimental del STAXI-2 (STAXI-ETF); 3 son originales del STAXI-2 y, finalmente, 4 se crean nuevos para la versión española.

La escala de *Rasgo de Ira* consta de 10 ítems, de los cuales 7 proceden de la versión original, STAXI-1, y se mantienen en el STAXI-2; los 3 restantes se crearon nuevos para la versión española. Esta subescala se subdivide en dos subescalas de 5 ítems cada una: *Temperamento de Ira* y *Reacción de Ira*.



Actividad de aprendizaje 4. Manual IDARE



28-2

IDARE

SXE

Inventario de Autoevaluación

por

C.D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, I. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente *ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos *ahora*.

SENTOLOGÍA ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
---------------------	---------	----------	-------

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Me siento calmado(a) | ① | ② | ③ | ④ |
| 2. Me siento seguro(a) | ① | ② | ③ | ④ |
| 3. Estoy tenso(a) | ① | ② | ③ | ④ |
| 4. Estoy concurriado(a) | ① | ② | ③ | ④ |
| 5. Estoy a gusto | ① | ② | ④ | ④ |
| 6. Me siento alterado(a) | ① | ② | ③ | ④ |
| 7. Estoy preocupado(a) actualmente por algún posible contratiempo | ① | ② | ③ | ④ |
| 8. Me siento descansado(a) | ① | ② | ③ | ④ |
| 9. Me siento ansioso(a) | ① | ② | ③ | ④ |
| 10. Me siento cómodo(a) | ① | ② | ③ | ④ |
| 11. Me siento con confianza en mí mismo(a) | ① | ② | ③ | ④ |
| 12. Me siento nervioso(a) | ① | ② | ③ | ④ |
| 13. Me siento agitado(a) | ① | ② | ③ | ④ |
| 14. Me siento "a punto de explotar" | ① | ② | ③ | ④ |
| 15. Me siento reposado(a) | ① | ② | ③ | ④ |
| 16. Me siento satisfecho(a) | ① | ② | ③ | ④ |
| 17. Estoy preocupado(a) | ① | ② | ③ | ④ |
| 18. Me siento muy agitado(a) y aturdido(a) | ① | ② | ③ | ④ |
| 19. Me siento alegre | ① | ② | ③ | ④ |
| 20. Me siento bien | ① | ② | ③ | ④ |

D.F. © 1980 por
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.
Miembro de la Cámara Nacional
de la Industria Editorial Mexicana, Reg. Núm. 19

* Impresión en verde y negro. NO 1.0 ACEPTE SI ES DE UN SOLO COLOR.

0181

IDARE

Inventario de Autoevaluación

SXR

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente **generalmente**. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente **generalmente**.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	①	②	③	④
22. Me canso rápidamente	①	②	③	④
23. Siento ganas de llorar	①	②	③	④
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serio	①	②	③	④
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	①	②	③	④
26. Me siento descansado(a)	①	②	③	④
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	①	②	③	④
28. Siento que las dificultades se metamontan al punto de no poder superarlas	①	②	③	④
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	①	②	③	④
30. Soy feliz	①	②	③	④
31. Tomo las cosas muy a pecho	①	②	③	④
32. Me falta confianza en mí mismo(a)	①	②	③	④
33. Me siento seguro(a)	①	②	③	④
34. Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades	①	②	③	④
35. Me siento melancólico(a)	①	②	③	④
36. Me siento satisfecho(a)	①	②	③	④
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	①	②	③	④
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	①	②	③	④
39. Soy una persona estable	①	②	③	④
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso(a) y alterado(a)	①	②	③	④

INSTITUCION

Descripción, aplicación y calificación

1

El Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE, versión en español del STAI /State-Trait-Anxiety Inventory/) está constituido por dos escalas de autoevaluación separadas que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: 1) la llamada Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo), y 2) la denominada Ansiedad-Estado (A-Estado). Aun cuando originalmente se desarrolló este inventario para investigar fenómenos de ansiedad en sujetos adultos normales, es decir, sin síntomas psiquiátricos, se ha demostrado que es también útil en la medición de la ansiedad en estudiantes de secundaria y de bachillerato, tanto como en pacientes neuropsiquiátricos, médicos y quirúrgicos.

La escala A-Rasgo del Inventario consta de veinte afirmaciones en las que se pide a los individuos describir cómo se sienten generalmente. La escala A-Estado también consiste en veinte afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen cómo se sienten en un momento dado. Ambas escalas se encuentran impresas en una sola hoja, una en cada lado de ella. Una copia del Protocolo del inventario para el estudio de la ansiedad, se encuentra en las páginas 20 y 21 de este Manual. La escala A-Estado es designada SXE y la escala A-Rasgo, SXR.

La escala A-Rasgo puede ser utilizada como instrumento de investigación en la selección de sujetos que varían en su disposición a responder a la tensión psicológica con niveles de intensidad distintos en A-Estado. Los investigadores pueden utilizar la escala A-Estado para determinar los niveles reales de intensidad de A-Estado inducidos por procedimientos experimentales de tensión, o bien como un índice del nivel de pulsión (P), tal como este concepto es definido por Hull (se refiere al concepto de *drive* (D) de Hull, 1943 & Spence, 1958). Se ha demostrado que las calificaciones obtenidas en la escala A-Estado, se incrementan en respuesta a numerosos tipos de tensión y disminuyen como resultado del entrenamiento en relajación.

El IDARE también ha resultado útil en el trabajo clínico. La escala A-Rasgo se utiliza para la identificación de estudiantes de bachillerato y profesional, que sean propensos a la ansiedad; y para evaluar el grado hasta el cual, los estudiantes que solicitan los servicios de consejo psicológico o de orientación, son afectados por problemas de ansiedad neurótica. La escala A-Estado es un indicador sensible del nivel de ansiedad transitoria experimentada por clientes y pacientes en orientación, psicoterapia, terapéutica del comportamiento o en los pabellones psiquiátricos. Puede también utili-

zarse para medir los cambios de intensidad en A-Estado que ocurren en estas situaciones. Las características esenciales que pueden evaluarse con la escala A-Estado involucran sentimientos de tensión, nerviosismo, preocupación y aprensión.

Una versión anterior del STAI ha sido descrita y evaluada por Levitt (1969) en su libro *La Psicología de la Ansiedad*. En un capítulo acerca de la medición experimental de la ansiedad, Levitt compara y contrasta el STAI con otros instrumentos psicológicos que han sido desarrollados como medidas de la ansiedad.

LOS CONCEPTOS DE ANSIEDAD-ESTADO Y DE ANSIEDAD-RASGO

La Ansiedad-Estado (A-Estado) es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo.

La Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo) se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la A-Estado. Como concepto psicológico, la Ansiedad-Rasgo tiene las características del tipo de locuciones que Atkinson (1964) llama "motivos" y que Campbell (1963) conceptualiza como "disposiciones conductuales adquiridas". Los motivos son definidos por Atkinson como disposiciones que permanecen latentes hasta que las señales de una situación los activan. Las disposiciones conductuales adquiridas, de acuerdo con Campbell, involucran residuos de experiencia pasada que predisponen al individuo tanto a ver al mundo en la forma especial, como a manifestar tendencias de respuesta "objeto consistentes".

Los conceptos de Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo pueden concebirse como análogos, en cierto sentido, a los conceptos de energía cinética y potencial en la física. La Ansiedad-Estado, como la energía cinética, se refiere a un proceso empírico de reacción que se realiza en un momento particular y en un determinado grado

de intensidad. La Ansiedad-Rasgo, como la energía potencial, indica las diferencias de grado de una disposición latente a manifestar un cierto tipo de reacción. En donde la energía potencial destaca las diferencias entre los objetos físicos, respecto a la cantidad de energía cinética que puede ser liberada si se le dispara a través de una fuerza apropiada, la Ansiedad-Rasgo implica las diferencias entre las personas en la disposición para responder a situaciones de tensión con cantidades variables de Ansiedad-Estado.

Se podría anticipar en general que quienes califican alto en A-Rasgo, exhibirán elevaciones de A-Estado más frecuentemente que los individuos que califican bajo en Ansiedad-Rasgo, ya que los primeros tienden a reaccionar a un mayor número de situaciones como si fuesen peligrosas o amenazantes. Las personas con alta Ansiedad-Rasgo también más probablemente responderán con un incremento en la intensidad de A-Estado en situaciones que implican relaciones interpersonales que amenazan a la autoestima. Se ha encontrado, por ejemplo, que las circunstancias en las cuales se experimenta un fracaso, o aquéllas en las que la capacidad personal de un individuo está siendo valorada (por ejemplo, al resolver una prueba de inteligencia), son particularmente amenazantes para las personas con una alta calificación de A-Rasgo (Spence & Spence, 1966; Spielberger, 1966b; Spielberger & Smith, 1966). Pero el hecho de que las personas que difieren en A-Rasgo muestren o no diferencias correspondientes en A-Estado, depende del grado en el que una situación específica es percibida por un individuo particular como amenazante o peligrosa y eso es influido de manera considerable por la experiencia pasada de un individuo.

Los conceptos de Ansiedad-Rasgo y de Ansiedad-Estado, que guiaron la construcción del IDARE, son considerados en mayor detalle por Spielberger (1966a). Las circunstancias y las condiciones que parecen provocar niveles más altos de A-Estado en las personas que difieren en A-Rasgo, son discutidas por Spielberger, Lushene & McAdoo (1971).

APLICACIÓN

El IDARE fue diseñado para ser autoaplicable así como de aplicación individual o en grupo. Las instrucciones completas están impresas en el protocolo de ambas escalas, tanto la de A-Rasgo como la de A-Estado. El inventario no tiene límite de tiempo. Los estudiantes universitarios generalmente requieren sólo de 6 a 8 minutos para contestar la escala A-Rasgo o la A-Estado y menos de 15 minutos para contestar ambas. Las personas con menor nivel educativo, trastornos emocionales, o ambos, pueden requerir de 10 a 12 minutos para contestar una de las escalas y aproximadamente 20 minutos para contestar las dos. Las aplicaciones repetidas de la escala A-Estado típicamente necesitan de 5 minutos o menos.

Aun cuando muchos de los reactivos del IDARE tienen validez de contenido como medidas de "ansiedad", el examinador no deberá utilizar este término al aplicar el inventario. Por el contrario, deberá consistentemente referirse al inventario y a sus escalas como el *Inventario de autoevaluación*. Éste es precisamente el título que está impreso en el protocolo.

La validez del IDARE se fundamenta en el supuesto de que el examinando entiende claramente que en las instrucciones que se le dan en relación con el "estado", él debe reportar cómo se siente en

este momento específico, y que en las instrucciones que se le dan en relación con el "rasgo" se le pide que indique cómo se siente generalmente. La atención del examinando debe ser dirigida al hecho de que las instrucciones son distintas para las dos partes del inventario y se le deberá decir que ambas instrucciones tienen que leerse con todo cuidado, tanto en un lado como en el otro. Generalmente es útil hacer que el examinando lea las instrucciones en silencio mientras el examinador las lee en voz alta, y además dar al examinando la oportunidad de hacer preguntas.

Si llegan a hacerse preguntas específicas en la situación de prueba, el examinador deberá responder en una forma que no influya ya la opinión del examinando. Respuestas como "Tan sólo responda a las preguntas de acuerdo con la forma como usted se siente generalmente" para la escala A-Rasgo, "Responda de acuerdo con la forma como se siente en este mismo instante" para la escala A-Estado, son generalmente satisfactorias y suficientes. La mayoría de las personas responden a todos los reactivos del IDARE sin que haya necesidad de urgírles, pero se debe decir a los examinandos que no han de omitir ninguno de los reactivos, si llegara a hacerse una pregunta al respecto. Cuando se trate de la utilización del IDARE para fines de investigación, el experimentador puede desear instruir explícitamente a los individuos para que respondan a todos y cada uno de los reactivos.

En el proceso de estandarización del IDARE se aplicó primero la escala A-Estado (forma SXE) y en seguida la escala A-Rasgo (forma SXR). Este es el orden que se recomienda cuando ambas escalas se aplican juntas. Puesto que la escala A-Estado fue diseñada con el fin de que fuese sensible a las condiciones bajo las cuales se aplica el inventario, las calificaciones en esta escala pueden ser influenciadas por la atmósfera emocional que se puede crear si se aplica primero la escala A-Rasgo. En contraste, ha sido demostrado que las escalas A-Rasgo son relativamente inmunes al efecto de las condiciones bajo las cuales son aplicadas (Johnson, 1968; Johnson & Spielberger, 1968; Land, 1969).

El examinando responde a cada uno de los reactivos del IDARE, llenando el círculo del número apropiado que se encuentra a la derecha de cada uno de los reactivos del protocolo. El IDARE puede aplicarse también con una hoja de respuesta de elección múltiple que permite la calificación por medio de computadora. La mayor parte de los datos normativos que se reportan en este Manual fueron obtenidos con hojas de respuesta IBM Serie 1230. Con este tipo de hojas de respuesta, el total de las tarjetas de una máquina de calificar 1230 puede ser alimentado directamente a un programa de computadora diseñado para calificar pruebas con respuestas de diferentes pesos (tales programas pueden obtenerse para la mayoría de las computadoras).

Las instrucciones para la escala A-Rasgo del IDARE deberán ser siempre las que están impresas en el protocolo respectivo. Para la escala A-Estado del IDARE, sin embargo, las instrucciones pueden ser modificadas a fin de evaluar la intensidad de A-Estado para cualquier situación o intervalo de tiempo que pudiere ser de interés a un experimentador o a un clínico. Cuando se aplica con propósitos de investigación, el experimentador puede desechar alterar las instrucciones, a fin de enfocarlas a un período específico. Se puede indicar al sujeto que responda, por ejemplo, cómo se sentía mientras trabajaba en una tarea experimental que acaba de terminar. Cuando la tarea es larga, puede ser útil el indicar al sujeto que responda de acuerdo con cómo se sintió al principio de la tarea, o cómo se sintió al trabajar en la parte final de la misma.

Puntuar los siguientes reactivos de acuerdo a continuación según el grado de respuesta que producen cuando les siguen las indicaciones de 10 puntos.

REACTIVOS A-ESTADO

REACTIVOS A-RASGO

Descripción, aplicación y calificación • 3

En la investigación clínica, al cliente se le puede pedir que reporte los sentimientos que experimentó durante la entrevista de orientación. O bien, cómo se sintió mientras visualizaba una situación estímulo específica, si se le está tratando con terapia de modificación del comportamiento. No es difícil, para la mayor parte de las personas, el responder a los reactivos de la escala A-Estado del IDARE, conforme a cómo se sintieron en una situación específica, o en un momento en particular, siempre y cuando las sensaciones hayan sido experimentadas recientemente y la persona esté motivada para cooperar con el experimentador.

A fin de medir los cambios de intensidad de A-Estado a través del tiempo, se recomienda aplicar la escala A-Estado en cada una de las ocasiones en las cuales sea necesaria una medida de Ansiedad-Estado. Se ha encontrado que la aplicación repetida de pruebas de personalidad, o llevan a una mayor confiabilidad en la diferenciación entre sujetos (Howard & Diesenhaus, 1965), o no tienen influencia significativa sobre las calificaciones (Bendig & Bruder, 1962).

Si llegara a ser absolutamente necesario, en investigaciones en las cuales se desea hacer mediciones repetidas de A-Estado durante el desempeño en una tarea experimental, se pueden utilizar para proporcionar medidas válidas de A-Estado escalas breves integradas por tan sólo cuatro o cinco reactivos de la escala A-Estado del IDARE (O'Neill, Spielberger & Hansen, 1969; O'Neill, Hansen & Spielberger, 1969). Además, el responder a estas breves escalas A-Estado, no parece interferir en el desempeño de una tarea experimental.

Se pueden obtener múltiples medidas repetidas de A-Estado, ya sea con las mismas o con diferentes instrucciones respecto al período para el cual se desean los reportes de los sujetos. Por ejemplo, a una persona se le puede pedir que reporte cómo se siente inmediatamente antes de empezar a trabajar en una tarea experimental. Después de que termine la tarea, se le puede pedir que indique cómo se sintió durante el tiempo en que estuvo trabajando en ella. O bien, tanto antes como después de la tarea experimental, es factible solicitar al sujeto que responda a la escala A-Estado del IDARE de acuerdo con cómo se siente precisamente en ese instante. El período preciso acerca del cual se descansan las respuestas del sujeto deberá, naturalmente, ser enfatizado en las instrucciones.

CALIFICACIÓN

La dispersión de posibles puntuaciones para el "Inventario de autoevaluación" del IDARE varía desde una puntuación mínima de 20, hasta una puntuación máxima de 80, tanto en la escala A-Estado como en la escala A-Rasgo. Los sujetos responden a cada uno de los reactivos del IDARE valorándose ellos mismos en una escala de cuatro puntos (véase el protocolo del IDARE en el Apéndice A). Las cuatro categorías para la escala A-Estado son: 1. No en lo absoluto. 2. Un poco. 3. Bastante y 4. Mucho. Las categorías para la escala A-Rasgo son: 1. Casi nunca. 2. Algunas veces. 3. Frecuentemente y 4. Casi siempre.

Algunos de los reactivos del IDARE (por ejemplo: "estoy tenso") se formularon de tal manera que una valoración (4) indica un

alto nivel de ansiedad, mientras que otros reactivos (por ejemplo: "me siento bien") se formularon de tal manera que una valoración alta indica muy poca ansiedad. El valor numérico de la calificación para los reactivos en los cuales las valoraciones altas indican gran ansiedad son los mismos representados por el número que se haya sombreado. Para aquellos reactivos en los cuales una valoración alta indica poca ansiedad, el valor numérico de la calificación es inverso. Así pues, el valor numérico de la calificación para las respuestas marcadas 1, 2, 3 o 4, en el caso de los reactivos inversos, viene a ser de 4, 3, 2 y 1, respectivamente.

Para reducir la posible influencia de una respuesta indiscriminada a las respuestas del IDARE, sería conveniente balancear las escalas A-Estado y A-Rasgo, con un número igual de reactivos para los cuales las valoraciones altas indiquen ansiedad alta y baja. La escala A-Estado del IDARE está balanceada para evitar la respuesta indiscriminada mediante 10 reactivos con calificación directa y 10 reactivos con calificación invertida. Sin embargo, no fue posible desarrollar una escala A-Rasgo equilibrada a partir de los reactivos originales. La escala A-Rasgo del IDARE tiene 7 reactivos invertidos y 13 reactivos de calificación directa. Los reactivos invertidos de las escalas del IDARE son los siguientes:

Escala A-Estado: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20.

Escala A-Rasgo: 1, 6, 7, 10, 13, 16 y 19.

Hay plantillas para la calificación manual de las escalas A-Rasgo y A-Estado del IDARE. Para calificar cada escala, simplemente se coloca la planilla sobre el protocolo y se dan los valores numéricos de la respuesta que aparecen impresos en la clave de cada reactivos. Esto se hace de manera más conveniente con un contador manual simple, también se puede sumar mentalmente o utilizar una máquina calculadora mecánica o electrónica; es importante cerciorarse que se está utilizando la plantilla correcta para calificar los protocolos de las escalas A-Estado y A-Rasgo IDARE. Las calificaciones finales de cada escala pueden ser registradas en cualquier lugar conveniente del protocolo.

Una forma fácil de calificar en forma normal el IDARE en diversas muestras se describe en el Apéndice A. Si las contestaciones de los sujetos han sido registradas en hojas de IBM, se puede utilizar un procedimiento de computadora para calificar el IDARE. Este procedimiento también se describe en el Apéndice A, requiere de una máquina calificadora de pruebas IBM No. 1230, además de los servicios de computadora.

La mayoría de las personas que tienen la habilidad de leer de alumnos de 5º. a 6º. año de primaria, responden espontáneamente a todos los reactivos del IDARE sin necesidad de recibir instrucciones especiales o ayuda. Aquellos individuos que no lo hacen, no han entendido las instrucciones rutinarias, o no comprenden el contenido de algunos de los reactivos. Si un sujeto emite uno o dos reactivos en cualquiera de las escalas, la calificación promedio de toda la escala puede obtenerse a través del siguiente procedimiento:
 1. Determinese la calificación media para los reactivos a los cuales el sujeto ha respondido. 2. Multiplíquese ese valor por veinte. y
 3. Ajuste el producto al número entero inmediatamente superior que corresponda. Sin embargo, si tres o más reactivos son omitidos la validez de la escala debe considerarse dudosa. ■

REGISTRO DE SINTOMAS DIARIOS

Puntúe los síntomas mencionados a continuación, según el grado de malestar que le producen, usando la siguiente escala de 10 puntos:

MALESTAR LIGERO			MALESTAR MODERADO			MALESTAR EXTREMO					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
SÍNTOMAS (Ignore Aquello Que No Ha Experimentado)						GRADO DE MALESTAR (1-10)					
						L	M	M	J	V	S
ANSIEDAD EN SITUACIONES ESPECIFICAS											
Test											
Cumplimiento de plazos											
Muertes											
Entrevistas											
Otros:											
ANSIEDAD DE LAS RELACIONES PERSONALES											
Esposa(o)											
Padres											
Niños											
Otros:											
OTROS SINTOMAS											
Ansiedad general, independientemente de la situación o la gente implicada											
Depresión											
Desesperación											
Impotencia, ineficacia											
Baja autoestima											
Hostilidad											
Cólera e irritabilidad											
Falta de decisión											
Ineficacia para solucionar problemas											
Resentimiento											
Fobias y miedos											
Obsesiones, pensamientos no deseados											
Fatiga											
Tensión muscular											
Dolores de cabeza											
Dolores de cuello											
Dolores de espalda											
Indigestión											
Estreñimiento											
Obesidad											
Problemas de bebida											
Juegos de azar											
Derroche											
Debilidad física											
Insomnio											
Perfeccionismo											

SOLUCION DE PROBLEMAS

(Mathew McKay, Martha Davis, Patrick Fanning)

LISTA DE PROBLEMAS

Marque en cada situación, la casilla que describa mejor en qué medida se trata para usted de un problema. Si tiene dificultades para determinar si una situación es un problema significativo para usted, imagíñese en esta situación. Incluya imágenes, acciones y sonidos que la hagan parecer real. En esta situación, ¿se siente colérico?, ¿se siente deprimido?, ¿se siente ansioso?, ¿se siente confundido? Atención a estas emociones. Si se experimenta cólera, depresión, ansiedad o confusión, probablemente se encuentra ante una situación problemática; algo hay en su forma de responder que no funciona bien. Marque la casilla adecuada.

- A. No me molesta en absoluto: no tiene nada que ver conmigo.**
- B. Me molesta un poco: afecta ligeramente mi vida y constituye un pequeño gasto de energías**
- C. Me molesta bastante: posee un claro impacto en mi vida.**
- D. Me molesta mucho: altera enormemente mi vida cotidiana y afecta profundamente mi bienestar**

SALUD

- | | A | B | C | D |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Trastornos de sueño | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Problemas sobre el peso..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sentirse físicamente cansado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Trastornos del estómago problemas físicos crónicos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Dificultades para levantarse por la mañana..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Alimentación y dieta pobre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ECONOMÍA

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Dificultad para hacer llegar el dinero a fin de mes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Dinero insuficiente para las necesidades básicas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Aumento creciente de las deudas..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Gastos inesperados..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Dinero insuficiente para el ocio y las aficiones..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Demasiadas cargas financieras | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

TRABAJO

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Trabajo monótono y aburrido..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Relaciones difíciles con el jefe o superior..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Prisas y con estrés..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Deseo de un trabajo o carrera distintos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Necesidad de mayor experiencia a formación..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Temor de perder el trabajo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Dificultades para entenderse con los compañeros de trabajo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

VIVIENDA

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Vecinos indeseables | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Demasiado lejos del trabajo o escuela | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Demasiada pequeña..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Condiciones desagradables..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Cosas que precisan una reparación..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Malas relaciones con el propietario | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

RELACIONES SOCIALES

- Tímido o vergonzoso con el sexo opuesto
- No tener muchos amigos.....
- Poco contacto con el sexo opuesto.....
- Sentirse solo.....
- No entenderse bien con algunas personas.....
- Fracaso o estar fracasando en una aventura amorosa
- Sentirse abandonado.....
- Falta de amor o afecto
- Vulnerable a las críticas de los demás
- Desear más intimidad con la gente
- No comprendido por los demás.....
- No saber, realmente, como llevar una conversación.....
- No encontrar la pareja adecuada.....

OCIO

- No disfrutar de la suficiente diversión
- Mediocre en el deporte o en el juego.....
- Poco tiempo libre.....
- Querer más oportunidades para disfrutar del arte o la expresión
- Pocas ocasiones para disfrutar de la naturaleza.....
- Deseo de viajar.....
- Necesidad de unas vacaciones
- Incapacidad para pensar en algo divertido que hacer.....

FAMILIA

- Sentirse rechazado por la familia.....
- Desacuerdo en casa con el cónyuge
- No llevarse bien con uno, o más, de los niños
- Sentirse atrapado en una situación familiar dolorosa.....
- Inseguridad – temor a perder la pareja
- Incapaz de ser abierto y honesto con los miembros de la familia
- Deseo de contacto sexual fuera de la pareja.....
- Conflicto con los padres.....
- Tener distintos intereses que el cónyuge
- Roces familiares
- Ruptura matrimonial.....
- Problemas de los niños en la escuela
- Miembro de la familia enfermo
- Excesivas discusiones en casa
- Célula, resentimiento hacia el cónyuge.....
- Estar irritado por las costumbres de un miembro de la familia
- Estar preocupado por un miembro de la familia.....

PSICOLÓGICO

- Tener un mal hábito concreto
- Problemas religiosos.....
- Problemas con la autoridad.....
- Objetivos o exigencias.....
- Estar obsesionado por objetivos lejanos, inalcanzables
- Falta de motivación.....

- Sentirse muy deprimido algunas veces
- Sentirse muy nervioso algunas veces
- Sentirse bloqueado para alcanzar objetivos
- Sentirse muy enfadado
- Preocuparse

Otros: (si algunas situaciones concretas no enumeradas anteriormente interfieren de forma significativa en su vida, escríbalas y evalúelas)

PERFIL DE RESPUESTAS

De la lista de problemas que se acaba de llenar, hay que determinar el área que causa mayores molestias. De esta área se debe escoger una de las situaciones que se ha valorado como C o D. luego debe de completar el cuestionario siguiente en función de la situación que se haya escogido. Hay que intentar escribir por lo menos una palabra en cada espacio en blanco. Si una línea es insuficiente para lo que tenga que escribir se utilizara una hoja de papel aparte.

I. Situación de la lista de problemas o, brevemente con palabras propias)

-
- Quien está implicado – otras personas.

 - Que sucede – que ha sucedido o ha dejado de suceder que le molesta a Ud.

 - Donde sucede – lugar.

 - Cuando sucede – momento durante el día, frecuencia, duración.

 - Como sucede – las reglas que parece seguir, estados de ánimo implicados.

 - Porque sucede – razones que uno mismo o los demás dan para justificar el problema en el momento en que se presenta

II. Respuesta – escriba un resumen de lo que usted hace o deja de hacer

-
- Donde lo hago – lugar

 - Cuando lo hago – tiempo en reaccionar, duración de la respuesta.

 - Como lo hago – estilo, humor, intensidad o control.

- Como me siento – emociones de cólera, depresión, confusión, etc.
 - Porque lo hago – pensamientos sobre ello, teorías, explicaciones, razonamientos
 - Que quiero – objetivos que si se cumplieran, significarían que el problema esta solucionado.
-
-

III. Perfil para reclasificar el problema

Una vez se haya perfilado el problema detalladamente se puede reclasificar, intentando formas distintas de pensar en él. Es posible que se haya vuelto a leer lo escrito para añadir, borrar o cambiar información a medida que se iba complementando el cuestionario. Ahora seguiremos este proceso de reconsideración de modo más sistemático. Para ello utilizaremos la información que se ha escrito para completar las frases siguientes:

- El problema real no es _____ Quien está implicado
- El problema real es _____ Donde responde usted.
- El problema real no es _____ Que ha sucedido que le moleste
- El problema real es _____ Cuando responde usted
- El problema real no es _____ Como sucede
- El problema real es _____ Como se siente usted
- El problema real no es _____ Por qué sucede
- El problema real es _____ Por qué responde usted del modo que lo hace
(Pensamientos, teorías, racionalizaciones)
- El problema real no es _____ La situación
- El problema real es _____ Como responde

Caso N° 1

**Lizbeth Camila Gutiérrez
Vélez**

ANAMNESIS

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos : M. Z. T.
Edad : 49 años
Sexo : femenino
Fecha de Nacimiento : 22 de mayo del 1967
Lugar de Nacimiento : Lima
Grado de instrucción : Superior
Estado civil : Casada
Ocupación : Ama de casa
Procedencia : Lima
Residencia : Arequipa
Religión : católica
Referente : Paciente
Lugar de Evaluación : Policlínico Metropolitano Es Salud
Fechas de evaluación : 27 de abril al 9 de mayo del 2006
Evaluador : Gutiérrez Vélez Lizbeth Camila.

II. MOTIVO DE CONSULTA:

La paciente refiere que se encuentra con constantes cambios de humor se desespera para realizar las cosas del hogar, se siente triste, sola, irritable, como si nadie la comprendiera y entendiera se siente cansada, tensionada, que su corazón se acelera, con dolor cabeza y se le sube la presión arterial cada vez que discute no sabiendo qué hacer ante problemas con su esposo e hijos.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD O DEL PROBLEMA ACTUAL

1.-Tiempo: 14 años atrás

2.-Forma de inicio: Inicia en el 2003 donde empieza constantemente sentirse triste, lloraba mucho y el miedo constante de estar sola,

teniendo una visión negativa del futuro. En el año 2010 nuevamente presenta los mismos síntomas donde pierde el interés por hacer las cosas y una preocupación constante de que pase algún peligro su familia y es donde inicia su intervención psicológica pero no es constante en la evaluación y tratamiento ya que lo dejó hace 2 años atrás. Actualmente vuelve con cambios frecuentes del estado de ánimo, apatía; pierde el interés por las cosas que realiza, preocupación e hipervigilancia constante ante los problemas con el esposo e hijos, irritabilidad, llorando constantemente provocándole problemas físcos como palpitaciones, cansancio, fatiga, tensión muscular, insomnio, elevación de la presión arterial.

3.-Síntomas principales: Presenta cambios constantes en su estado de ánimo, inquietud, muestra desinterés para desarrollar sus actividades diarias, hay insomnio, preocupación constante en relación con su hijo y peleas con su esposo, irritabilidad, impaciente, problemas para concentrarse sintiendo miedo a perder el control y ser incapaz de afrontarlo, miedo a sentirse sola, desesperación por que las cosas no salen como desea. Además de palpitaciones, cansancio, fatiga, tensión muscular, insomnio, elevación de la presión arterial.

4.-Relato: La paciente presentó en el año 2003 cambios de humor debido a que su esposo fue trasladado a trabajar fuera de Arequipa, lo que le demandó asumir la responsabilidad de sus tres hijos, empieza a tener una visión negativa del futuro, el miedo a quedarse sola por el hecho de pensar que su esposo se iría con otra mujer, llora constantemente llegando a suplicar a su esposo que no trabaje pero por motivos de deudas con el banco aceptó que trabaje lejos de su familia, en el 2010 se intensifica estos síntomas debido a las discusiones constantes, el poco apoyo emocional que el esposo le proporcionaba, falta de comunicación además de la carencia de afectividad, disminuye las relaciones sexuales porque él siempre le decía que estaba cansado o no tenía tiempo ya que trabajaba en la computadora a pesar que solo

venia los fines de semana para descansar, sigue trabajando en otros trabajos esporádicos y los constantes reclamos en relación a las conductas de sus hijos sobretodo del segundo hijo que tiene una conducta desafiante y precisamente entra en problemas con la policía por una denuncia de violación hay una excesiva preocupación por él. La paciente siente impotencia y frustración al no poder realizar actividades que desea como tener una microempresa en arte textil y poder terminar una carrera universitaria, no se sintió apoyada por su familia por lo que empezó a trabajar desde temprana edad.

Se siente ansiosa desde hace dos meses debido a que aloja a su segundo hijo con su familia por motivos de deudas que el hijo tiene con los bancos, deciden apoyarlo con los alimentos y casa para que solo se dedique a trabajar tanto el hijo como la nuera a pagar sus deudas, a los largo de estos dos meses empiezan aparecer conflictos con su hijo, la esposa de él y la preocupación constantes de las notificaciones del banco que llegan a su domicilio. Es a su vez que queda al cuidado de su nieto de 3 años que es su alegría pero siente frustración y desespero al cansarse constantemente, presentar palpitaciones, fatiga y no poder satisfacer todas las necesidades que su nieto requiere, además de las peleas y falta de interés que siente por parte de su esposo.

Hay un desgano en la realización de las cosas a pesar de ser una persona muy activa pero estos cambios constantes de ánimo hacen que entren en desesperación, irritabilidad consigo mismo ya que no termina de completar tareas o actividades que se propone.

5.-Antecedentes clínicos: Ha tenido intervención psicológica anteriormente en hospitales y llevo un tratamiento de acupuntura.

VI. ANTECEDENTES PERSONALES

1.-Periodo del desarrollo

- Etapa prenatal: Embarazo y gestación**

Embarazo no planificado, se tiene poca información debido a que la paciente no conoció a su madre y no vivió con el padre.

- Etapa natal: Parto**

Lloro al nacer, lacto de otra persona no hay información.

- Etapa pos-natal:**

Primer año: desarrollo estaba dentro de lo normal sin aparente problemas.

Desarrollo psicomotor: no hay información.

Rasgos neuropáticos: aparentemente sin problema. Enuresis hasta los 8 años.

- Etapa escolar:**

La paciente durante su etapa escolar su desempeño fue óptimo, era tranquila, tuvo muchas amigas, un buen trato con sus profesores.

En su formación inicial ingresó a los 5 años siendo su desempeño adecuado sin problema aparente.

En el nivel primario se inició a la edad de 6 años, estudió en una institución educativa pública, en esta época no presentó problemas de adaptación con sus compañeras y profesores siendo su desempeño adecuado sin presentar problema alguno.

En secundaria continuó en el mismo colegio mantiene una buena disciplina en la institución no presentó problemas de conducta, no repitió ningún grado pero si jalo algunos cursos tuvo una buena relación con sus compañeras y participaba en las actividades que realizaba la institución.

2.-Desarrollo y función sexual:

Su identidad sexual es heterosexual, a los doce años tiene su primera menarquia que le duraba 5 días no presentaba dolores menstruales pero si mostraba cambios emocionales como llorar con frecuencia. A los 13 años empezó a tener sus primeros impulsos sexuales, en su educación secundaria tuvo su primer enamorado, a los 19 años empezó tener relaciones sexuales donde se embarazo de su primera hija y no teniendo apoyo del padre de su niña.

Identidad sexual sin ningún problema aparente.

Matrimonio: se casó a los 28 años y actualmente vive con su pareja, al principio de su relación todo estaba bien había comunicación y comprensión, si tenían problemas pero trataban de solucionarlo. Desde el año 2003 cuando el esposo trabaja fuera de Arequipa cambia la relación, ya no se comunican constantemente, en las discusiones están a la defensiva, se redujo las relaciones sexuales, esta irritable y tiene miedo a que la deje sola.

3. Actividad laboral:

Trabajo como secretaria, en campañas de eventos de SHICK, en ventas en la empresa EUROTEX venta de gasas quirúrgicas, luego como encuestadora y supervisora en la empresa de ICOM y tuvo algunos trabajos eventuales. En la actualidad no trabaja solo está dedicada a las labores del hogar.

- Servicio militar:**

No realizo servicio militar.

- Religión:**

La católica, la cual profesa y práctica..

- Hábitos e influencias nocivas o toxicas:**

No excedió en consumo de alcohol solo algunas veces en reuniones

No fuma, no hubo consumo de sustancias psicoactivas.

En su aseo personal esta descuidado, desalineada, solo en reuniones o compromisos se arregla.

Hay problemas del sueño, insomnio, normalmente duerme dos horas y en algunas ocasiones no duerme.

En relación a su alimentación es regular, tiene falta de apetito en algunas ocasiones y cuando existe problemas en casa no se alimenta adecuadamente.

V.-ANTECEDENTES PREMORBIDOS

1.-Enfermedades y accidentes:

La paciente fue operada de la rodilla por el desgaste de su cartílago, actualmente le detectaron gastritis medicamentosa, sufre de hipertensión arterial, estuvo en tratamiento psicológico debido a aparente episodios ansiosos pero sin ser consecuente en seguir el tratamiento.

No hubo accidente que considerar.

2.-Personalidad premórbida:

La paciente se caracteriza por ser muy afectuosa, cariñosa, se muestra intolerante a las frustraciones por lo que no puede terminar las actividades que se propone, debido a las constantes discusiones denota una actitud temeraria e imprudente, en ocasiones muestra poco interés por su propio bienestar. Mantiene pensamientos de resentimiento con sus padres por hechos del pasado al ser abandonada. Es una persona que gusta de estar con amistades y deja de lado algunas responsabilidades por ayudar a los demás. A pesar de aparentar que siempre está contenta frente a otras personas mantiene inseguridad con respecto a si misma y de su futuro, mostrando dudas en el momento de tomar decisiones, existen pensamientos de abandono de parte de su esposo. Su hipervigilancia le permite constantemente estar en temor, desesperación a que la puedan lastimar y que pase algún peligro su familia llegando a mostrar conductas irritable, entablando así discusiones con esposo e hijos, es susceptible llora con frecuencia. Le gusta aprender nuevas cosas e interactuar con las personas cosa que en la actualidad está disminuyendo.

V.-ANTECEDENTES FAMILIARES

1.-Composición familiar

Actualmente la paciente vive sus hijos varones, la nuera y su nieto, la paciente no conoció a su madre vivió con sus abuelos paternos desde su primer año vida en algunas ocasiones vivió con su padre y madrastra, tiene hermanos por parte del padre pero no convivio con ellos.

2.-Dinámica familiar.

Su padre es una persona de carácter fuerte, solo convivio con él 3 meses, en algunas ocasiones observo peleas con su madrastra. Vivó con sus abuelos paternos, la abuela tenía un carácter fuerte, autoritaria, agresiva e inclusive la agredía físicamente ocasiones por lo que tenia miedo, su abuelo era una persona tranquila pero mostraba desinterés con la paciente siguió viviendo con ellos cuando se casó pero ellos seguían con la misma actitud, actualmente sus abuelos fallecieron el abuelo hace 6 años y la abuela hace 5 años, vive en la casa heredada de los abuelos con su pareja, los dos últimos hijos, la nuera y su nieto.

3.-Condición socio-económica.

La vivienda de la paciente es de material noble, cuenta con todos los servicios básicos, la manutención del hogar esta a cargo del padre, la paciente actualmente no aporta económica por lo que los ingresos son regulares originando problemas y estrés familiar.

4.-Antecedentes patológicos.

Padre impulsivo y autoritario, que durante el poco tiempo que convivio con el mostraba esa actitud. Con respecto de la madre no hay información relevante ya que la abandonó a los diez meses de nacida.

VI.RESUMEN

La paciente es abandonada por la madre a los padres paternos a los 10 meses, no hay información sobre el embarazo y no vivió con el padre. Estuvo al

cuidado de sus abuelos paternos hasta antes de fallecer quienes eran autoritarios viviendo con temor a ellos.

En su etapa escolar era una niña tranquila, sin problemas aparente, tenía buenas relaciones con sus compañeras de clase y profesores, gustaba de las actividades del colegio. Su identidad sexual es heterosexual, se casó a los 28 años, tiene tres hijos una mujer de 35, hombre de 30 y joven de 22 que actualmente vive con los dos últimos y su esposo que viene los fines de semana. Tuvo varios empleos, vive en una casa de material noble heredada por sus abuelos.

Desde el año 2003 presenta cambios de humor debido a que su esposo fue trasladado a trabajar fuera de Arequipa, lo que le demando asumir la responsabilidad de sus tres hijos, empieza a sentirse desconsolada, con una visión negativa del futuro, el miedo a quedarse sola por el hecho de pensar que se iría con otra mujer, lloraba constantemente. En el 2010 se intensifica estos síntomas debido a las discusiones constantes, se quejaba del poco apoyo emocional, la poca atención y carencia de afecto que el esposo le proporcionaba, disminuye las relaciones sexuales y los constantes reclamos en relación a las conductas hijos.

Desde hace dos meses la paciente aloja a su segundo hijo con su familia por motivos de deudas que el hijo tiene con los bancos, decide apoyarlo, a los largo de este tiempo empiezan a presentar conflictos con él y su esposa. A su vez queda al cuidado de su nieto de 3 años sintiendo frustración y desespero al cansarse constantemente, presentar palpitaciones, fatiga y no poder satisfacer todas las necesidades que su nieto requiere. Además de las discusiones y la carencia de afectividad que siente por parte de su esposo. Hay un desinterés en la realización de las actividades diarias no termina de completar tareas que se propone, a pesar de ser una persona muy activa estos cambios constantes hacen que entre en estados de intranquilidad, impaciencia, irritabilidad consigo misma, inquietud, insomnio, preocupación constante en relación con su hijo y peleas con su esposo, sintiendo miedo a perder el control y ser incapaz de

afrontarlo, miedo a sentirse sola. Además de palpitaciones, cansancio, fatiga, tensión muscular, insomnio, elevación de la presión arterial.

La paciente fue operada de la rodilla por desgaste de su cartílago, actualmente le detectaron gastritis medicamentosa, sufre de hipertensión, estuvo en tratamiento psicológico pero no fue consecuente en la evaluación y tratamiento dejándolo incompleto.

Arequipa, 29 de abril del 2016

.....
Bachiller en Psicología
Lizbeth Camila Gutiérrez Vélez

EXAMEN MENTAL

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos : M. Z. T.
Edad : 49 años
Sexo : femenino
Fecha de Nacimiento : 22 de mayo del 1967
Lugar de Nacimiento : Lima
Grado de instrucción : Superior
Estado civil : Casada
Ocupación : Ama de casa
Procedencia : Lima
Residencia : Arequipa
Religión : católica
Referente : Paciente
Lugar de Evaluación : Policlínico Metropolitano Es Salud
Fechas de evaluación : 27 de abril al 9 de mayo del 2006
Evaluador : Gutiérrez Vélez Lizbeth Camila.

II. PORTE, COMPORTAMIENTO Y ACTITUD

Apariencia general y actitud psicomotora

La paciente aparenta la edad referida, en su arreglo algo descuidado, es de contextura gruesa, tez morena, cabello negro, estatura 1.66l, buena impresión, su expresión es de tristeza e impaciencia, en sus modales ninguna peculiaridad, con un tono de voz alta mostrando interés en conocer los resultados.

Molestia general y manera de expresarla.

La paciente refiere que presenta cambios frecuentes del estado de ánimo, apatía; perdiendo el interés por las cosas que realizaba, preocupación e hipervigilancia constante ante los problemas con el

esposo e hijos, irritabilidad, llorando constantemente lo que está provocándole problemas fiscos como palpitaciones, cansancio ,fatiga, tensión muscular, insomnio, elevación de la presión arterial.

Actitud hacia el examinador y la evaluación.

La actitud frente al examinador es adecuada, se muestra interesada en buscar una solución, permanece atenta a las indicaciones y recomendaciones dadas, manteniendo el contacto visual en todo momento.

III. CONCIENCIA, ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN

Atención.

La paciente se muestra atenta, realizando tareas asignadas de la forma y en el tiempo correcto, mostro fatiga en realizar algunas pruebas pero respondió sin dificultad las preguntas formuladas y su estado de alerta fue adecuado.

Conciencia.

La paciente se encuentra lucida no presenta dificultad aparente, interviene y realiza preguntas constantemente.

Orientación.

Orientada en tiempo, lugar, espacio y persona; reconoce sin dificultades el día, mes y año actuales; en relación al lugar reconoce donde nació, lugar donde vive y ciudad. Con respecto a su persona, se identifica a sí misma y su actividad al igual que al resto de las personas.

IV. LENGUAJE

En cuanto a su lenguaje expresivo utiliza un tono de voz alto, aunque en algunas oportunidades es temblorosa y su velocidad es apresurada llegando a trabarse. En el lenguaje comprensivo da buenas respuestas, pero en ocasiones mencionas cosas irrelevantes.

V. PENSAMIENTO

No presenta alteración aparente del pensamiento, del contenido, curso y la forma de este. Con ideas de sobresalir y de ayudar a las personas que requieran su apoyo, pero en algunas ocasiones entra en conflicto conllevando a tener pensamientos de culpabilidad con una visión catastrófica y cómo deberían ser las cosas, enfoca un futuro incierto en relación a su dinámica familiar.

VI. PERCEPCIÓN.

No se reconoce durante la evaluación alteraciones perceptivas considerándose normal, adecuada discriminación de estímulos en forma, color y tamaño de los objetos, percepción auditiva inalterada aunque en ocasiones siente zumbidos que no le dejan escuchar adecuadamente.

VII. MEMORIA.

Memoria a largo y corto plazo conservados. No se observa dificultades para evocar hechos pasados o recientes.

VIII. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

Las funciones superiores son normales y sin deterioro aparente, cálculo y abstracción conservados, juicio práctico adecuado, el nivel cultural de acuerdo al grado de instrucción recibida. En el manejo y resolución de problemas presenta algunas dificultades sobretodo en relación a su dinámica familiar.

IX. Estado de Ánimo y Afectos

Tiene cambios constantes de ánimo, es muy sensible y susceptible por lo llora constantemente al recordar y hablar de los problemas que mantiene con su familia, que a la vez se siente irritable y a la defensiva con su pareja; muestra sentimientos de melancolía y frustración al no

poder poner su microempresa que es su gran sueño y no poder haber seguido una carrera universitaria.

X. **Comprensión y grado de incapacidad de la Enfermedad**

La paciente es consciente de su problema mostrando una disposición para cambiar su estado actual, además de mejorar y generar bienestar en su familia.

XI. **RESUMEN**

Aparenta la edad referida, su arreglo personal es descuidado, su expresión es de tristeza e impaciencia. Se encuentra lucida, orientada en tiempo, lugar, espacio y persona, se identifica a sí misma y su actividad, en su pensamiento no hay alteración de contenido, curso y forma, presenta ideas de sobresalir, pero en algunas ocasiones entra en conflicto conllevando a tener pensamientos de culpabilidad con una visión catastrófica, enfoca un futuro incierto en relación a su dinámica familiar. El lenguaje expresivo es tembloroso y su velocidad es apresurada y el lenguaje comprensivo da buenas respuestas, no presenta deterioro en su funcionamiento intelectual, ni alteraciones perceptivas, ni memoria. La actitud frente al examinador es buena, se muestra atenta a las tareas asignadas de la forma y en tiempo correcto por lo que es consciente de su problema mostrando una disposición para cambiar su estado actual, además de mejorar y generar bienestar en su familia.

Arequipa, 01 de mayo del 2016

.....
Bachiller en Psicología
Lizbeth Camila Gutiérrez Vélez

INFORME PSICOMÉTRICO

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos : M. Z. T.
Edad : 49 años
Sexo : femenino
Fecha de Nacimiento : 22 de mayo del 1967
Lugar de Nacimiento : Lima
Grado de instrucción : Superior
Estado civil : Casada
Ocupación : Ama de casa
Procedencia : Lima
Residencia : Arequipa
Religión : católica
Referente : Paciente
Lugar de Evaluación : Policlínico Metropolitano Es Salud
Fechas de evaluación : 27 de abril al 9 de mayo del 2006
Evaluador : Gutiérrez Vélez Lizbeth Camila.

I. OBSERVACIONES GENERALES:

El paciente se mostró una actitud colaboradora frente a la evaluación no tuvo ningún problema en la resolución de las pruebas y lo desarrollo en forma tranquila en un ambiente cómodo, su apariencia es de acuerdo a su edad, tiene un lenguaje comprensivo, con tono de voz adecuado.

II. INSTRUMENTOS UTILIZADOS :

- Inventario Multifásico de la Personalidad MINI- MULT
- Inventario de personalidad de Eysenck EPQ forma “B”
- Prueba de ansiedad rasgo y estado IDARE
- Escala de depresión de ZUNG
- Test de la Figura Humana
- Inventario de creencias irrationales ELLIS

III. INTERPRETACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS :

1. Inventario Multifásico de la Personalidad MINI- MULT

INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD MINI- MULT											
	L	F	K	HS	D	HI	DP	PA	PT	Sc	MA
Puntaje Directo	1	2	3	5	8	7	6	3	9	6	7
P. Equivalente	4	6	8	12	28	21	20	10	23	18	20
Añadir K				4			3		8	8	2
P. D. Corregido	4	6	8	16	28	21	23	10	31	26	22
Puntaje T	50	58	42	56	67	54	60	56	60	55	63

Marieta obtuvo en el MINI-MULT, que se encuentra en un nivel normal de todas las escalas que son las siguientes:

- **Escala de mentira (L):** Obtuvo un puntaje de 4 donde está en un nivel normal.
- **Escala validez (F):** Obtuvo un puntaje de 6 donde está en un nivel normal.
- **Escala corrección (K):** Obtuvo un puntaje de 8 donde puede presentar una pobre autoestima, probablemente la paciente le gustaría discutir problemas emocionales.
- **Hipocondría (HS):** Obtuvo un puntaje de 16 está en un nivel normal pero con una cantidad de sintomatología física y preocupación acerca de las funciones corporales.
- **Depresión (D):** Obtuvo un puntaje de 28 donde está en un nivel de depresión leve, preocupada y pesimista, lo que puede ser resultado de una situación temporal que le preocupa; existe la presencia de sentimientos de inseguridad ante una situación autocrítica.
- **Histeria (HI):** Obtuvo un puntaje de 21 donde está en un nivel normal.
- **Personalidad psicopática (Dp):** Obtuvo un puntaje de 23 donde está en un nivel leve que muestra ser independiente o inconformista.
- **Paranoide (Pa):** Obtuvo un puntaje de 10 está en un nivel normal; respeta la opinión de los demás sin verse afectado en su sensibilidad.

- **Obsesivo compulsivo (PT):** Obtuvo un puntaje de 31 está en un nivel normal; tiene la capacidad para la organización de su trabajo y vida personal.
- **Esquizofrenia (Sc):** Obtuvo un puntaje de 26 está en un nivel normal; tiene una combinación de intereses prácticos y teóricos.
- **Manía (Ma):** Obtuvo un puntaje de 22 está en un nivel leve; probablemente enérgico y entusiasta de varios intereses.

La paciente muestra una pobre autoestima, preocupación, tiende a ser pesimista, hay la presencia de una leve depresión que puede ser el resultado de una situación temporal, sentimientos de inseguridad ante la autocritica lo cual le gustaría discutir problemas emocionales que presenta. Enérgica lo que conlleva a realizar varios intereses sin llegar a concretar.

2. Inventario de personalidad de Eysenck EPQ forma “B”

ESCALAS	PUNTAJES
• Sinceridad (L) 12	Disimulo social (8-21)
• Extraversión (E) 20	Alta extraversión (18-21)
• Neuroticismo (N) 12	Tendencia estable (9-12)
• Psicotismo (P) 3	Normal (3)

Disimulo social: aparentemente no presenta conductas socialmente apropiadas en relación a los valores morales. Puede ser que quiera evitar la explicación de rasgos de la personalidad o la necesidad de ocultarse su propia imagen.

Alta extraversión: Paciente sociable que tiene muchos amigos, alegre, afectuosa, práctica, necesita estar con personas para conversar, actúa sobre el estímulo del momento y tiende a ser impulsiva.

Tendencia estable: Es usualmente calmada, controlada. Tiende a responder emocionalmente en forma lenta y débil.

Psicotismo: Normal, es flexible afronta los cambios situacionales a medida que se suscitan, reorganizándose para adecuarse a ellos y controlarlos

3. Prueba de ansiedad rasgo y estado IDARE

	NIVEL DE ANSIEDAD
• Ansiedad estado	Alto (52 pts.)
• Ansiedad rasgo	Alto (46 pts.)

Ansiedad estado: refiere que la paciente tiene un alto estado de intranquilidad inestable en relación a situaciones estresantes momentáneas.

Ansiedad rasgo: normalmente presenta episodios de ansiedad alta que se caracteriza por estar intranquila, tensa, hiperventilación, nerviosismo, siendo impaciente y con sentimientos de frustración.

4. Escala de Zung depresión

En la escala de depresión de Zung la paciente muestra una depresión leve sentimientos de impotencia, desesperanza, tristeza, angustia y capacidad de disfrute pero en menor grado.

5. Test de la Figura Humana

ÍTEM	CARACTERÍSTICAS
Plano Formal	
La cabeza	Centro de poder intelectual
La cara	Contacto social, señales de timidez
La boca	Sensualidad
El mentón	Indecisión
Los ojos	Fuerte curiosidad visual
Las cejas	No presenta
La nariz	Extraversión
Las orejas	No presenta
El cabello	Sencillez y austeridad
Extremidades	
Brazos	Falta de confianza en los contactos sociales
Manos	Culpabilidad
Dedos	Agresividad y culpa

Los pies y las piernas	Inseguridad
Otros Aspectos Corporales	
El cuello	Propio de personas elegantes y sobresalir
Los hombros	Preocupación
Tronco	Descontento con el cuerpo
La vestimenta	Imagen materna
Los botones	No presenta
Los bolsillos	No presenta
La corbata	No presenta
Los zapatos	No presenta
Aspectos estructurales informales	
Sucesión del dibujo	Empieza por la cabeza su expresión, el cuerpo y las extremidades
Índice de conflictos	No presenta

La paciente tiende a adaptarse al medio, es noble, espiritual, alegre, afectiva, sensible, emotiva, reservada, desconfiada e insegura, sencilla de buena memoria e imaginación, hay una lucha entre como es y se debe ser tendiendo a cerrarse en uno mismo hay una delicadeza en el contacto con los demás y predomina la vida interior, tendencia introvertida, se caracteriza por la intuición es capaz de adivinar las cosas a primer golpe de vista. Señal de inspiración, de invención, pero de mala realización y escasa persistencia en lo emprendido puede tener buenas ideas pero no las lleva a la práctica.

6. Inventario de creencias irracionales ELLIS.

<u>Tipo de Creencia</u>	<u>Puntaje Obtenido</u>	<u>Tipo de Creencia</u>	<u>Puntaje Obtenido</u>
Creencia Irracional #1: Es una necesidad absoluta tener el amor y aprobación de las demás personas.	3	Creencia Irracional #6: Se debe sentir miedo y ansiedad acerca de cualquier cosa que sea desconocida e incierta.	8
Creencia Irracional #2: Se debe ser infalible, constantemente competente		Creencia Irracional #7: Es más fácil evitar que el enfrentar las dificultades y	
	5		1

y perfecto en todo lo que hacemos.		responsabilidades de la vida.	
Creencia Irracional #3: Las personas que son malvadas y villanas deben ser siempre castigadas.	3	Creencia Irracional #8: Necesitamos de algo y/o alguien más grande o fuerte que nosotros en quien confiar y apoyarnos.	4
Creencia Irracional #4: Es horrible y catastrófico cuando las cosas no son de la manera en que nos gustaría.	6	Creencia Irracional #9: Los hechos de nuestro pasado tienen mucha importancia para determinar nuestro presente.	5
Creencia Irracional #5: Las circunstancias externas causan las miserias humanas y las personas reaccionan en medida que estas provocan emociones.	3	Creencia Irracional #10: La felicidad puede ser lograda por medio de la inacción, la pasividad y el ocio sin final.	4

La paciente muestra con mayor conformidad la idea irracional que necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo, sintiendo miedo y ansiedad a cerca de cualquier cosa que sea desconocida e incierta, además de un creencia a lo catastrófico cuando las cosas no son de la misma manera que le gustaría que fueran y que los hechos del pasado determinan el presente.

IV. RESUMEN:

La paciente presenta alta extraversión, de fácil inspiración lo que conlleva a realizar varias cosas de intereses, pero de mala realización y escasa persistencia en lo emprendido puede tener buenas ideas pero no las lleva a la práctica. Socialmente activa mostrando la necesidad estar con personas para conversar y discutir problemas emocionales, puede adaptarse al medio que le rodea, es alegre, afectiva, sensible, buena memoria e imaginación, emotiva, predominando la vida interior, se caracteriza por ser intuitiva es capaz de adivinar las cosas a primer golpe de vista. Competente y busca la perfección en todo lo emprendido. La idea la idea irracional es que necesita contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo, sintiendo miedo y ansiedad a cerca de cualquier cosa que sea desconocida e incierta, además de un creencia a lo

catastrófico cuando las cosas no son de la misma manera que le gustaría que fueran y que los hechos del pasado determinan el presente. Muestra pobre autoestima, preocupación, tiende a ser pesimista mostrando sentimientos de inseguridad ante la autocrítica, tensionada, nerviosa, siendo impaciente y con sentimientos de frustración e impotencia, desesperanza, tristeza, alto estado de intranquilidad e inestable en relación a situaciones ansiosas, necesidad de ocultar su propia imagen su capacidad de disfrute es baja presentando una depresión leve.

Arequipa, 05 de mayo del 2016

.....
Bachiller en Psicología
Lizbeth Camila Gutiérrez Vélez

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACIÓN

Nombres y Apellidos : M. Z. T.
Edad : 49 años
Sexo : femenino
Fecha de Nacimiento : 22 de mayo del 1967
Lugar de Nacimiento : Lima
Grado de instrucción : Superior
Estado civil : Casada
Ocupación : Ama de casa
Procedencia : Lima
Residencia : Arequipa
Religión : católica
Referente : Paciente
Lugar de Evaluación : Policlínico Metropolitano Es Salud
Fechas de evaluación : 27 de abril al 9 de mayo del 2016
Evaluador : Gutiérrez Vélez Lizbeth Camila.

II. MOTIVO DE CONSULTA

La paciente refiere que se encuentra con constantes cambios de humor se desespera para realizar las cosas del hogar, se siente triste, sola, irritable, como si nadie la comprendiera y entendiera se siente cansada, tensionada, que su corazón se acelera, con dolor cabeza y se le sube la presión arterial cada vez que discute no sabiendo qué hacer ante problemas con su esposo e hijos.

III. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación
 - Entrevista
 - Pruebas psicológicas
- Inventario Multifásico de la Personalidad MINI- MULT
- Inventario de personalidad de Eysenck EPQ forma “B”
- Prueba de ansiedad rasgo y estado IDARE

- Escala de depresión de ZUNG
- Test de la Figura Humana
- Inventario de creencias irracionales ELLIS

IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

La paciente es abandonada por la madre a los padres paternos a los 10 meses, no hay información sobre el embarazo y no vivió con el padre. Estuvo al cuidado de sus abuelos paternos hasta antes de fallecer quienes eran autoritarios viviendo con temor a ellos. En su etapa escolar era una niña tranquila, sin problemas aparente, tenía buenas relaciones con sus compañeras de clase y profesores. Su identidad sexual es heterosexual, se casó a los 28 años, tiene tres hijos ya adultos actualmente vive con los dos últimos y su esposo. Tuvo varios empleos, vive en una casa de material noble heredada por sus abuelos. Fue operada de la rodilla por desgaste de su cartílago, actualmente le detectaron gastritis medicamentosa, es hipertensa, estuvo en tratamiento psicológico pero no fue consecuente en la evaluación y tratamiento dejándolo incompleto.

El problema se presenta desde el año 2003 presenta cambios de humor debido a que su esposo fue trasladado a trabajar fuera de Arequipa, lo que le demando asumir la responsabilidad de sus tres hijos, empieza a sentirse desconsolada, con una visión negativa del futuro, el miedo a quedarse sola pensando se iría con otra mujer, lloraba constantemente. En el 2010 se intensifica estos síntomas debido a las discusiones constantes, se quejaba del poco apoyo emocional, la poca atención y carencia de afecto que el esposo le proporcionaba, disminuye las relaciones sexuales y los constantes reclamos en relación a las conductas hijos.

Desde hace dos meses la paciente aloja a su segundo hijo con su familia por motivos de deudas que el hijo tiene con los bancos, decide apoyarlo, a lo largo de este tiempo empiezan a presentar conflictos con él y su esposa por las constantes notificaciones de pago que hace que entre en desesperación y tensión. A su vez queda al cuidado de su nieto de 3 años sintiendo frustración y

desespero al cansarse constantemente, presentar palpitaciones, fatiga y no poder satisfacer todas las necesidades que su nieto requiere. Además de las discusiones y la carencia de afectividad que siente por parte de su esposo. Hay un desinterés en la realización de las actividades diarias no termina de completar tareas que se propone, a pesar de ser una persona muy activa estos cambios constantes hacen que entre en estados de intranquilidad, impaciencia, irritabilidad consigo misma, inquietud, insomnio, preocupación constante en relación con su hijo y peleas con su esposo, sintiendo miedo a perder el control y ser incapaz de afrontarlo, miedo a sentirse sola. Además de palpitaciones, cansancio, fatiga, tensión muscular, insomnio, elevación de la presión arterial.

V. OBSERVACIONES DE LA CONDUCTA

La paciente aparenta la edad referida, su arreglo personal es descuidado, su expresión es de tristeza e impaciencia. Se encuentra lucida, orientada en tiempo, lugar, espacio y persona, se identifica a sí misma y su actividad, en su pensamiento no hay alteración de contenido, curso y forma, presenta ideas de sobresalir, pero en algunas ocasiones entra en conflicto conllevando a tener pensamientos de culpabilidad con una visión catastrófica, enfocando un futuro incierto en relación a su dinámica familiar. El lenguaje expresivo utiliza un tono alto, es tembloroso y su velocidad es apresurada y el lenguaje comprensivo da buenas respuestas, no presenta deterioro en su funcionamiento intelectual, ni alteraciones perceptivas, ni memoria no se observa dificultades para evocar hechos pasados o recientes. Muestra sensibilidad y susceptibilidad por lo llora constantemente al recordar y hablar de los problemas que mantiene con su familia, se siente irritable y a la defensiva con su pareja; muestra sentimientos de melancolía y frustración al no poder poner su propio negocio y no haber seguido una carrera universitaria. La actitud frente al examinador es buena, se muestra atenta a las tareas asignadas de la forma y en tiempo correcto por lo que es consciente de su problema mostrando una disposición para cambiar su estado actual, además de mejorar y generar bienestar en su familia.

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Es una persona energética, alegre, afectiva, noble, sensible, emotiva buena memoria e imaginación, hay una delicadeza y necesidad de estar en contacto con los demás es emotiva, predominando la vida interior, se caracteriza por ser intuitiva, es capaz de adivinar las cosas a primer golpe de vista, pero es de mala realización y escasa persistencia en lo emprendido puede tener buenas ideas pero no las lleva a la práctica manteniendo una actitud temeraria e imprudente actuando sobre impulsos del momento por lo que hay dificultad para el manejo y resolución de problemas. Quiere ser siempre competente buscando la perfección habiendo una lucha entre como es y se debe ser, tendiendo a cerrarse en sí misma.

Mantiene pensamientos de resentimiento con sus padres por hechos del pasado al ser abandonada. Deja de lado algunas responsabilidades por ayudar a los demás. A pesar de aparentar que siempre está contenta frente a otras personas mantiene inseguridad con respecto a si misma y de su futuro, mostrando dudas en el momento de tomar decisiones, existen pensamientos de abandono llegando a mostrar conductas irritables, entablando así discusiones con esposo e hijos. Las ideas irracionales están presentes constantemente necesidad contar con algo más grande y más fuerte que uno mismo, sintiendo miedo y ansiedad a cerca de cualquier cosa que sea desconocida e incierta, además de un creencia a lo catastrófico cuando las cosas no son de la misma manera que le gustaría que fueran y que los hechos del pasado determinan el presente.

Muestra pobre autoestima, preocupación, tiende a ser pesimista mostrando sentimientos de inseguridad ante la autocrítica, tensionada, nerviosa, siendo impaciente y con sentimientos de frustración e impotencia, desesperanza, tristeza, alto estado de intranquilidad e inestable en relación a situaciones ansiosas, necesidad de ocultar su propia imagen su capacidad de disfrute es baja produciéndole los problemas físicos de las palpitaciones, dolores de cabeza, tensión muscular e insomnio.

VII. DIAGNÓSTICO

Paciente afectiva, emotiva, energética, extrovertida y socialmente activa, presenta una inestabilidad emocional con conductas de impaciencia, sentimientos de frustración e impotencia, hipervigilancia ante problemas con pareja e hijos presentando síntomas somáticos. Presencia de depresión leve con cambios frecuentes de ánimo perdiendo el interés y capacidad de disfrute por las cosas que realiza, lo que le conlleva a presentar un trastorno ansioso depresivo (F.41.2).

VIII. PRONOSTICO

Es favorable ya que existe una predisposición por parte de la paciente y contar con el apoyo familiar para cambiar su estado actual.

IX. RECOMENDACIONES

- Recibir terapia individual donde recibirá técnicas de autocontrol emocional.
- Terapia familiar para mejorar las relaciones familiares
- Terapia de pareja para el mejoramiento de la comunicación y comprensión.
- Terapia de grupo

Arequipa, 09 de mayo del 2016

.....
Bachiller en Psicología
Lizbeth Camila Gutiérrez Vélez

INFORME PSICOTERAPEUTICO

I. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos : M. Z. T.
Edad : 49 años
Sexo : femenino
Fecha de Nacimiento : 22 de mayo del 1967
Lugar de Nacimiento : Lima
Grado de instrucción : Superior
Estado civil : Casada
Ocupación : Ama de casa
Procedencia : Lima
Residencia : Arequipa
Religión : católica
Referente : Paciente
Lugar de Evaluación : Policlínico Metropolitano Es Salud
Fechas de evaluación : 10 de mayo del 2016
Evaluador : Gutiérrez Vélez Lizbeth Camila.

II. DIAGNOSTICO

Paciente afectiva, emotiva, energica, extrovertida y socialmente activa, presenta una inestabilidad emocional con conductas de impaciencia, sentimientos de frustración e impotencia, hipervigilancia ante problemas con pareja e hijos presentando síntomas somáticos. Presencia de depresión leve con cambios frecuentes de ánimo perdiendo el interés y capacidad de disfrute por las cosas que realiza, lo que le conlleva a presentar un trastorno ansioso depresivo (F.41.2).

III. OBJETIVOS GENERALES

- Mejorar el desarrollo y el fortalecimiento psíquico para adquirir una mayor comprensión de sí misma y del entorno.

- Disminución de sus estados de ansiedad.
- Practicar técnicas de autocontrol emocional.
- Reducir los pensamientos autodestructivos e irracionales.
- Educar al paciente sobre la enfermedad, como afrontarla; así como la importancia y manejo de la medicación preventiva y sintomática.
- Concientizar a la familia y esposo sobre la enfermedad para brindar el apoyo emocional que requiere.

IV. DESCRIPCION DEL PLAN TERAPEUTICO

Se utilizará el método cognitivo conductual

Sesión “1”

- **Objetivo :** Aprendiendo a relajarme
- **Duración :** 45 min
- **Técnica:** conductual
- **Descripción:**

Metodología	Recursos	Tiempo
<p>Primeramente a la paciente se le pedirá que se sienta cómoda mientras le vamos explicando que aprenderá el ejercicio de relajación para que cuando allá algún problema en casa en especial con su pareja ella controle por medio de la respiración una forma de autocontrolarse los impulsos para no empezar una discusión.</p> <p>Se le pedirá que este sentada: espalda recta, Cerrar los ojos.</p> <p>Relajar a fondo todos los músculos del cuerpo</p>	. Silla. colchoneta	45 MIN

<p>dejándolos "sueltos", apoyados en la superficie donde nos encontremos, como si tuviéramos la sensación de que esa parte nos pesara más de la cuenta.</p> <p>Empezar por los pies, pensar que nos están pesando, avanzar lenta y progresivamente esta sensación de pesadez con el resto del cuerpo: las piernas, las manos, los brazos, el abdomen (sentir que toda la espalda se apoya relajadamente sobre la superficie donde nos encontremos) y así hasta los músculos de la cara. Mantenerlos relajados.</p> <p>Una vez terminado de relajar todo el cuerpo volver a respiración pausada y lenta para poder así terminar con la relajación.</p>		
---	--	--

Sesión “2”

- **Objetivo :** Aprendiendo a reconocerme
- **Duración :** 45 min
- **Técnica:** Cognitivo Conductual establecimiento de tareas
- **Descripción:**

Metodología	Recursos	Tiempo
Aquí a la paciente se enseñara a reconocer las reacciones depresivas y los pensamientos tal como se les presenta, de tal manera que cuando ella sienta que va a entrar en un cuadro depresivo ella apunte en un diario, cuando, con qué	diario - un lapicero	45min

<p>frecuencia, en qué circunstancias, que es lo que le lleva a sentirse así, que sentimientos tiene al empezar un problema en especial con su pareja. Una vez realizado esta tarea junto con el terapeuta y el paciente se buscara maneras de contrarrestar estos sentimientos y buscar posibles soluciones para que no afecte en el estado emocional de la paciente.</p> <p>Una vez encontrado las solución y reconocido en que circunstancia se dan se queda en la siguiente sesión.</p>		
--	--	--

Sesión “3”

- **Objetivo :** desfogando mis emociones
- **Duración :** 45min
- **Técnica:** gestal silla vacía
- **Descripción:**

Metodología	Recursos	Tiempo
<p>Se coloca físicamente frente al paciente una silla en la cual se desarrollará este procedimiento. Se le pide concentrar toda su atención en la silla e imaginar la figura previamente identificada (a su pareja).</p> <p>El paciente recapitula lo sucedido y el terapeuta interviene haciendo énfasis en el sentimiento o la emoción que acompaña la situación descrita, pidiendo paralelamente a la persona que se</p>	-una silla	45min

percate de lo que está sintiendo. De esta forma, la silla actúa a modo de pantalla, donde el paciente debe focalizar su atención y proyectar su percepción del acontecimiento así identifica sus emociones y sentimientos ligados a cada elemento significativo de tal acontecimiento, expresa y libera profundas tensiones internas, establece contacto, y finalmente toma conciencia del significado que ha asignado al acontecimiento y del modo en que éste interfiere en su vida. Esto le ayudara para poder calmarse y así dialogar con su esposo todo aquello que la aqueja.		
---	--	--

Sesión “4”

- **Objetivo:** Reaccionar a las consecuencias de mis actos.
- **Duración :** 45 min
- **Técnica:** Psicoterapia sugestiva detección del pensamiento
- **Descripción:**

Metodología	Recursos	Tiempo
<p>En esta sesión a la paciente se trató de introducir en su mente y siendo directa ejerciendo una influencia sobre el paciente sobre las consecuencias de puede con llevar sus conductas indeseables</p> <p>Y como pueden perjudicar en su entorno personal y familiar.</p>	.	45min

Sesión “5”

- **Objetivo:** Como combatir los Pensamientos Deformados”
- **Duración :** 45 min
- **Técnica:** reestructuración cognitiva
- **Descripción:**

Metodología	Recursos	Tiempo
<p>La evaluación de los tipos de pensamientos deformados necesita varios días, así como observar los pensamientos en una variedad de situaciones de estrés. El hábito de combatir las distorsiones necesita desde unas dos semanas a varios meses para llegar a ser automático.</p> <p>En donde a la paciente se le expondrá los tipos de pensamientos que tenemos para que pueda identificarlo, mediante una hoja de registro donde ella escribirá aquellos pensamientos que le perturben y así posteriormente sustituirlo por un pensamiento positivo.</p>	Hoja de registro lapiceros	45min

Sesión “6”

- **Objetivo:** solucionando mis problemas”
- **Duración :** 45 min
- **Técnica:** reestructuración cognitiva
- **Descripción:**

Metodología	Recursos	Tiempo
<p>Es una estrategia de intervención <u>clínica</u> que consiste en la presentación y práctica de un método general, estructurado en una serie de pasos</p> <p>Definir el problema, de forma precisa y en términos concretos, observables e idealmente medibles.</p> <p>Desarrollar soluciones alternativas ("tormenta de ideas"). Se trata de llegar a la mayor variedad de posibles soluciones. En esta etapa, ninguna idea es mala, pues cualquiera de ellas podría ser la solución.</p> <p>Tomar una decisión y ejecutar. Se decide proceder, después de evaluar la idea más factible y más probable de tener éxito.</p> <p>Evaluar los resultados.</p> <p>Reiniciar el proceso, de encontrarse necesario (gracias a la etapa anterior donde se evalúa el éxito de la implementación).</p>	Hoja de registró de problemas lapiceros	45min

Sesión “7”

- **Objetivo :** Mejorando mi relación
- **Duración :** 40 min
- **Técnica:** cognitiva conductual- contrato de contingencias
- **Descripción:**

Metodología	Recursos	Tiempo
<p>En esta sesión se le pidió a la paciente asistir con su pareja.</p> <p>Primeramente se les hizo como una confrontación guía por el terapeuta, para que cada uno de ellos dijieran aquello que les molestaba aquellas actitudes que molestaba a cada uno de ellos. Una vez reconocido a aquello que cada uno quiere, le molesta esto será llevado a un contrato escrito en donde se le pide a cada miembro que escribieran aquellas conductas que quisieran que cambien o mejoraran y que recibirían a cambio de mejorar esas actitudes o reacciones emocionales. Se escribe el acuerdo que hay entre ellos y el terapeuta al finalizar se pone la firma de cada uno y esto tendrá que ser cumplido. Además de brindar la información necesaria sobre el problema que esta pasado su esposa para una mejor comprensión.</p>	.papel bond -lapiceros	40min

V. TIEMPO DE EJECUCIÓN.

Para la realización del plan se requerirá de dos sesiones por semana durante un mes después se redujo a una sesión por semana con una duración de 30 a 45 min por 6 meses para poder tener resultados favorables además de la práctica y las tareas que se realizan en casa y grupos de apoyo para su pronta evolución favorable.

VI. LOGROS OBTENIDOS

- Se disminuyó los estados de la ansiedad mostrando un mejor panorama a las situaciones estresantes
- La comunicación familiar fue mejorando
- Las ideas irrationales fueron disminuyendo mediante el reconocimiento y solución de problemas ,
- Su esta emocional mejoró mostrando más ímpetu en realizar sus cosas
- Actualmente está proyectando su negocio propio.

VII. REFORZAMIENTOS DE CONDUCTAS

- Es importante que la paciente culmine con el trabajo terapéutico planteado
- Es muy importante que la paciente cumpla con todas las tareas que se les está encomendando para el seguimiento y efectividad de las terapias.
- Es importante que la paciente siga asistir a un especialista en terapia de pareja para mejorar su situación conyugal.
- Que siga teniendo sus controles médicos
- Es muy importante que la pareja e hijos acompañe a la paciente a algunas terapias tanto médica como psicológica para que así mejore la calidad de su relación familiar.

Arequipa, 01 de octubre del 2016

Bachiller en Psicología

Lizbeth Camila Gutiérrez Vélez

ESCALA DE ZUNG

DEPRESIÓN

NOMBRE: M. Z. T.

MARQUE CON UN CÍRCULO EL NÚMERO QUE SE AJUSTE A SU RESPUESTA

- 1 ME SIENTO TRISTE Y DECAIDO
- 2 POR LAS MAÑANAS ME SIENTO MEJOR
- 3 TENGO GANAS DE LLORAR Y AVECES LLORO
- 4 ME CUESTA MUCHO DORMIR POR LAS NOCHES
- 5 COMO IGUAL QUE ANTES
- 6 AUN TENGO DESEOS SEXUALES
- 7 NOTO QUE ESTOY ADELGAZANDO
- 8 ESTOY ESTREÑIDO
- 9 EL CORAZÓN ME LATE MAS RÁPIDO QUE ANTES
- 10 ME CANSO SIN MOTIVO
- 11 MI MENTE ESTA TAN DESPEJADA COMO ANTES
- 12 HAGO LAS COSAS CON LA MISMA FACILIDAD QUE ANTES
- 13 ME SIENTO INTRANQUILO Y NO PUEDO MANTENERME QUIETO
- 14 TENGO CONFIANZA EN EL FUTURO
- 15 ESTOY MAS IRRITABLE QUE ANTES
- 16 ENCUENTRO FACIL TOMAR DECISIONES
- 17 SIENTO QUE SOY UTIL Y NECESARIO
- 18 ENCUENTRO AGRADEABLE VIVIR
- 19 CREO QUE SERIA MEJOR PARA LOS DEMAS SI ESTUVIERA MUERTO
- 20 ME GUSTA LAS MISMAS COSAS QUE ANTES

MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE
1	2	X	4
4	X	2	1
1	X	3	4
1	2	X	4
4	X	2	1
4	X	2	1
X	2	3	4
1	X	3	4
1	X	3	4
X	2	3	4
4	X	2	1
X	3	2	1
1	X	3	4
X	3	2	1
1	X	3	4
4	X	2	1
4	3	X	1
4	3	2	X
1	X	3	4
X	3	2	1

PUNTAJE TOTAL: 50.

*Ligeramente
deprimida* **Elevate**
Entrenamiento para la vida

INVENTARIO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK
EPQ FORMA "B" - ADULTOS

HOJA DE RESPUESTAS

APELLIDOS Y NOMBRES : M.ZT

FECHA DE NACIMIENTO : 22 Mayo de 1967 EDAD: 49 SEXO: Femenina

OCCUPACIÓN : ama de casa FECHA APLIC. _____

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
01.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> E	31.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	61.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> P
02.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> E	62.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
03.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	33.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	63.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> L
04.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> L	34.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> N	64.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> E
05.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> E	35.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> L	65.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
06.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> E	66.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
07.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> N	37.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	67.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
08.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> X	38.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	68.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> N
09.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	69.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> L
10.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> E	40.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	70.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> E
11.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	71.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	42.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> E	72.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> N
13.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> L	43.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	73.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> E	44.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> L	74.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> P
15.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	45.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> E	75.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
16.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> X	76.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
17.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> E	47.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> N	77.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> N
18.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> L	78.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
19.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> N	49.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> E	79.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> P
20.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> L	50.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> X	80.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> N
21.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> E	51.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> L	81.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	52.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> E	82.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> E
23.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	53.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	83.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
24.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	54.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> N	84.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> N
25.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> E	55.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> L	85.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	56.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> E	86.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> E
27.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	57.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	87.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
28.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	58.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> N	88.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> N
29.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> E	59.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> L	89.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> L
30.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	60.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> E	90.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L 12

E 20

N 12

P 3

L = sociabilidad (8 - 21)

E = Extraversión = alto extroverto

N = Neuroticismo = tendencia estable (9 - 12)

P = Psicótismo = Flexible

INVENTARIO MULTIFÁSICO DE PERSONALIDAD (MMPI)

MINI MULT

(Hoja de Respuesta)

Nombres y apellidos: M. Z.

Edad: 44

Estado Civil: Casado

Grado de Instrucción: Superior

Ocupación: Trabajo de casa

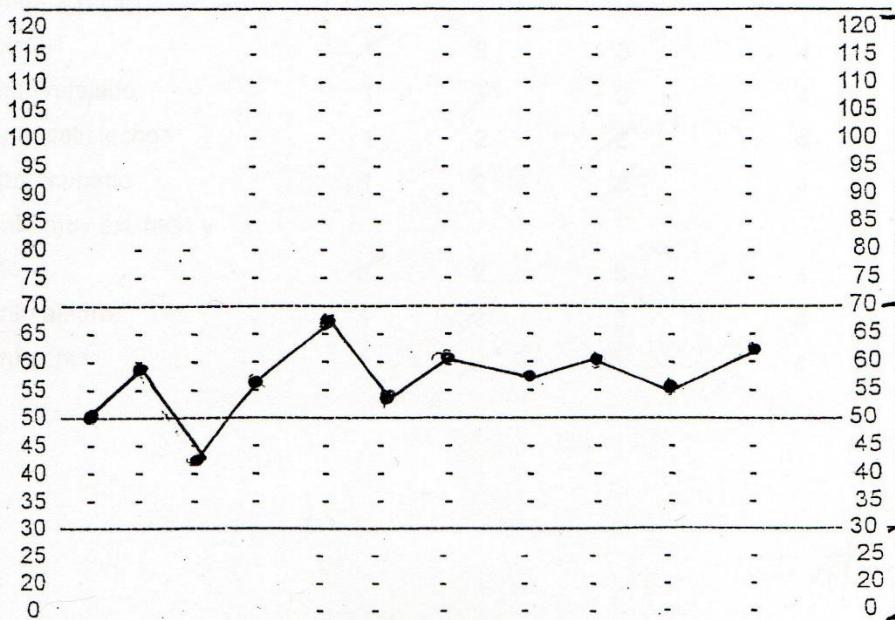
Fecha de examen: 28-04-2016

1. V	13. V	25. V	37. V	49. F	61. F
2. V	14. V	26. F	38. F	50. V	62. V
3. F	15. V	27. F	39. V	51. F	63. V
4. F	16. V	28. F	40. F	52. V	64. V
5. V	17. F	29. V	41. V	53. F	65. F
6. F	18. V	30. V	42. V	54. F	66. V
7. F	19. V	31. F	43. F	55. F	67. F
8. F	20. F	32. F	44. V	56. V	68. F
9. V	21. F	33. F	45. F	57. V	69. F
10. V	22. F	34. F	46. F	58. F	70. V
11. F	23. F	35. V	47. F	59. V	71. V
12. V	24. F	36. F	48. V	60. V	

	L	F	K	Hs +5K	D	Hi	Dp +4K	Pa	Pt +1K	Sc +1K	Ma +2K
Puntaje Directo	1	2	3	5	8	7	6	3	9	6	7
Puntaje Equivalente	4	6	8	12	28	21	20	10	23	18	20
Añadir K				4			3		8	8	2
Puntaje Directo Corregido	4	6	8	16	28	21	23	10	31	26	22
Puntaje T	50	58	42	56	67	54	60	56	60	55	63

DIAGNÓSTICO: Se desarrolla la personalidad se encuentra en un nivel normal. $F=4$, $F \leq 1$.

T	L	F	K	Hs +5K	D	Hi	Dp +4K	Pa	Pt +1K	Sc +1K	Ma +2K	T
---	---	---	---	-----------	---	----	-----------	----	-----------	-----------	-----------	---



Superior

Normal

Bajo

IDARE
INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN

Nombre: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **cómo se siente ahora mismo**, o sea, en estos momentos.

No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO	
1. Me siento calmado	1	✗	3	4	2
2. Me siento seguro	1	✗	3	4	2
3. Estoy tenso	1	2	✗	4	3
4. Estoy contrariado	✗	2	3	4	1
5. Me siento a gusto	1	2	✗	4	1
6. Me siento alterado	✗	2	3	4	1
7. Estoy alterado por algun posible contratiempo	✗	2	3	4	1
8. Me siento descansado	✗	2	3	4	2
9. Me siento ansioso	1	✗	3	4	3
10. Me siento cómodo	1	2	✗	4	3
11. Me siento con confianza en mí mismo	1	✗	3	4	2
12. Me siento nervioso	1	✗	3	4	2
13. Estoy agitado	✗	2	3	4	1
14. Me siento "a punto de explotar"	✗	2	3	4	1
15. Me siento relajado	1	✗	3	4	2
16. Me siento satisfecho	1	2	✗	4	3
17. Estoy preocupado	1	2	✗	4	3
18. Me siento muy excitado y Aturdido	✗	2	3	4	1
19. Me siento alegre	1	✗	3	4	2
20. Me siento bien	1	✗	3	4	2

16 20
= 46
11to

IDARE
INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **cómo se siente generalmente**. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero describa cómo se siente generalmente.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTE- MENTE	CASI SIEMPRE	
21. Me siento bien	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4	2
22. Me canso rápidamente	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	3
23. Siento ganas de llorar	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4	2
24. Quisiera ser tan feliz	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	4
25. Me pierdo cosas por no poder decidirme rápidamente	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4	2
26. Me siento descansado	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4	2
27. Soy un persona "tranquila serena y sosegada"	X	2	3	4	1
28. Siento que las dificultades se amon- tonan al punto de no poder soportarlas	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4	2
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4	2
30. Soy feliz	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4	2
31. Me inclino a tomar las cosas muy a pecho	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	3
32. Me falta confianza en mí mismo	X	2	3	4	1
33. Me siento seguro	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4	2
34. Trato de evitar enfrentar una crisis o dificultad	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4	2
35. Me siento melancólico	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4	2
36. Estoy satisfecho	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4	2
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4	2
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3	4	2
39. Soy una persona estable	1	2	<input checked="" type="checkbox"/>	4	3
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	1	2	3	<input checked="" type="checkbox"/>	4

31 - 14
 17 + 35
 Alto 52

IDEA O SITUACION

Si no le agrado a los demás, ese es su problema, no el mío.

Es grandemente importante para mí el ser exitoso (a) en todo lo que hago.

Raramente culpo a las personas por sus equivocaciones.

Usualmente acepto las cosas de la manera en que son, aún si ellas no me agradan.

Una persona no estaría enojada o deprimida por mucho tiempo a menos que se mantenga a sí misma de esa manera.

No puedo tolerar el tomar riesgos.

La vida es demasiado corta para gastarla haciendo tareas desagradables.

Me agrada mantenerme firme sobre mí mismo(a).

Si hubiere tenido diferentes experiencias podría ser más como me gustaría ser.

Me agradaría retirarme y dejar de trabajar por completo.

Encuentro difícil el ir en contra de lo que piensan los demás.

Disfruto las actividades por el placer de realizarlas sin importar cuan bueno (a) yo sea en ellas.

El temor al castigo ayuda a las personas a ser buenas.

Si las cosas me molestan, yo simplemente las ignoro.

Entre más problemas tiene una persona, menos feliz será.

Casi nunca estoy ansioso(a) acerca del futuro.

Casi nunca dejo las cosas sin hacer.

Yo soy el único (a) que realmente puede entender y enfrentar mis problemas.

Casi nunca pienso en las experiencias pasadas como afectándome en el presente.

Demasiado tiempo libre es aburrido.

SI	NO
1	
1	
1	
1	
1	
1	
1	
1	
1	1
1	
1	
	1
	1
1	
1	
1	
1	
1	1
1	

IDEA O SITUACION

Aunque me agrada la aprobación, realmente no es una necesidad para mí.

Me perturba cuando los demás son mejores que yo en alguna cosa.

Todo el mundo es básicamente bueno.

Yo hago lo que puedo para obtener lo que quiero y luego no me preocupo acerca de eso.

Ninguna cosa es perturbadora en sí misma, solamente en la manera en que las interpretamos.

Yo me preocupo mucho respecto de ciertas cosas en el futuro.

Es difícil para mí el llevar a cabo ciertas tareas no placenteras.

Me desagrada que los demás tomen decisiones por mí.

Nosotros somos esclavos de nuestras historias personales.

✓ En ocasiones desearía poder ir a una isla tropical y únicamente descansar en la playa para siempre.

Frecuentemente me preocupo acerca de cuantas personas me aprueban y me aceptan.

Me perturba cometer errores.

Es una injusticia el que "la lluvia caiga sobre el justo y el injusto".

Yo "tomo las cosas como vienen".

La mayoría de las personas deberían enfrentar las incomodidades de la vida.

En ocasiones no puedo apartar un temor de mi mente.

Una vida de comodidades es raras veces muy recompensante.

Yo encuentro fácil el buscar consejo.

Si algo afectó fuertemente tu vida, siempre será de esa manera.

Me agrada estar sin hacer nada.

SI	NO
1	1
1	1
1	1
1	1
1	1
1	1
1	1
1	1
1	1
1	1
1	1
1	1
1	1
1	1
1	1
1	1
	1
	1

Idea o Situación

Yo tengo gran preocupación por lo que otras personas sientan acerca de mí.

Frecuentemente me incomodo bastante por cosas pequeñas.

Usualmente le doy a alguien que me ha hecho una mala jugada una segunda oportunidad.

Las personas son más felices cuando tienen desafíos y problemas que superar.

No hay nunca razón alguna para permanecer apesadumbrado por mucho tiempo.

Yo casi nunca pienso en cosas tales como la muerte o la guerra atómica.

Me desagrada la responsabilidad.

Me desagrada tener que depender de los demás.

Realmente las personas nunca cambian en sus raíces.

La mayoría de las personas trabajan demasiado duro y no descansan lo suficiente.

Es incómodo pero no perturbador el ser criticado.

Yo no tengo temor de hacer cosas las cuales no puedo hacer bien.

Nadie es perverso o malvado, aún cuando sus actos puedan serlo.

Casi nunca me perturbo por los errores de los demás.

Las personas hacen su propio infierno dentro de sí mismos.

Frecuentemente me encuentro a mí mismo(a) plantilicando lo que haría en diferentes situaciones peligrosas.

Si alguna cosa es necesaria, la llevo a cabo aún cuando no sea placentera.

Yo he aprendido a no esperar que los demás se hallen muy interesados acerca de mi bienestar.

No me incomoda lo que he hecho en el pasado.

Yo no puedo sentirme realmente contento (a) a menos que me encuentre relajado (a) y sin hacer nada.



Cuaderno 2
Frank & Virgilio Carpio

Caso N°2

Frank Irvin Carpio Carpio

ANAMNESIS

I. DATOS DE FILIACION.

Nombres y Apellidos	: A. N. S. C.
Lugar y Fecha de Nacimiento	: Arequipa, 10 enero 1975.
Edad Actual	: 42 años
Sexo	: Femenino.
Grado de Instrucción	: Superior.
Ocupación	: Docente.
Religión	: Católica.
Estado Civil	: Casada.
Referente	: I.E. Linux Torvalds.
Lugar de la Consulta	: I.E. Linux Torvalds.
Informante	: La paciente.
Fecha de Evaluación	: 15,22 y 29 de septiembre del 2016.
Evaluador	: Frank Irvin Carpio Carpio

II. MOTIVO DE CONSULTA.

La paciente refiere que “Cuando empezaron a hacer las evaluaciones dentro del colegio y me dieron mis resultados me interese por seguir un tratamiento. Mi compañera de trabajo me decía cosas que me provocaban gritar y estaba siempre irritada, llorando cada vez que me salían mal las cosas”.

III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL

1. Tiempo de Duración

La paciente viene sintiéndose incomoda con su compañera de trabajo desde el mes de junio del 2015, siendo objeto de chismes.

2. Forma de inicio

Todo empezó cuando su compañera de trabajo le hacía comentarios sobre lo que ocurría en el colegio o sobre algo que no le parecía, esto le provocaba ganas de “largarla” pero al considerarla su amiga no lo hacía.

3. Síntomas principales:

Sensación de incomodidad, tensión muscular, dolores de cabeza, ansiedad que le provoca muchas ganas de comer, siente que se enoja muy rápido actuando de manera incorrecta.

4. Relato:

La paciente viene trabajando en la institución educativa aproximadamente 6 años. Trae a su compañera a trabajar a esta institución educativa como una ayuda pues a esta le había ido mal en su anterior centro de trabajo. La paciente comenta que siempre su compañera se daba de “muy importante” y que cometía ciertas imprudencias. Luego de un tiempo su esposo entra a trabajar en la misma institución en el cargo de director y que a partir de ese momento su compañera comenzó a hacerle críticas sobre el trabajo que él realizaba o que siempre buscaba sacarle información sobre algunas decisiones de trabajo. En el presente año la situación empeoro, pues, cuando la compañera no recibía la respuesta que buscaba la paciente recibía indirectas, adjetivos hacia su esposo como que él era un “maricón” y hasta en algunas ocasiones la botaba del aula en donde se encontraban. En esos momentos “tenía muchas ganas de decirle que se callara” o “que se largara” pero siempre optó por salirse o por decir que simplemente no sabía nada.

La paciente siempre ha sido “muy preocupona” y “siempre pienso en lo malo”, provocándole llanto, tensión, fatiga, dolores estomacales y de cabeza. Después de solucionar algún problema “me siento pesada, cansada y no puedo mover la cabeza”. “Cuando estoy en el trabajo no estoy atenta y mientras que no solucione el problema pienso mucho en lo que pasa”, volviéndose más cariñosa con su hija para que no se dé cuenta de la situación. “Desde que salí embarazada fui cambiado de mi estado de ánimo. Cuando discutía con mi esposo yo gritaba y él no me contestaba, es donde me daba ganas de lanzarle cosas”. A los 38 años nota que todo le molestaba y se sentía acalorada, por lo cual va al médico y le diagnostica pre menopausia.

No mantiene buenas relaciones con su suegra debido a lo que paso hace 8 años. Vivía en casa de su suegra generándose discusiones por diferentes situaciones, un día su esposo viaja a Orcopampa por trabajo aprovechando esta situación la suegra para que la paciente se vaya de la casa, agarra un maletín con las cosas de su hija y se va, en esa temporada no había carros por cosas de huelga por lo que llega caminando a casa de la suegra de su hermano en donde la apoyan con la pequeña. En esa temporada le detectan problemas en el páncreas internándola para luego operarla, quedándose un mes internada. En ese mes le comenta a su hermano que tomaría posesión de la parte q le correspondía de la casa. Cuando regresa a casa siente que su cuñada se muestra algo molesta y se decepciona del comportamiento de su hermano.

Decide ir al módulo de Mariano Melgar debido a la denuncia que recibe su esposo por maltrato físico hacia su suegra lo que queda desestimado por no existir tal agresión. Luego de un tiempo el esposo se reconcilia con la señora. Su hija le pide ir a visitar a su abuelita pero la paciente no se siente a gusto en esa casa. Siente que el esposo no tiene amor propio y que estas cosas no las logrará olvidar.

5. Antecedentes clínicos:

Nunca ha ido a un psicólogo, pero, un médico le recetó fluoxcetina debido a que entró en una depresión profunda.

IV. ANTECEDENTES PERSONALES

1. Periodo del desarrollo

- Etapa Pre Natal (Embarazo y Gestación)**

Tercer embarazo de la madre luego de dos perdidas. Embarazo de riesgo. No da mayor información.

- Etapa Natal**

Parto por cesárea debido encontrarse con el cordón umbilical en el cuello. No da mayor información

- **Etapa Post-Natal**

Primer año: A la paciente le descubren en la boca pacto, llevándola al médico quedando internada por dos meses. En ese lapso la lastiman mientras intentaban encontrarle una vena. Aun no estando recuperada el medico indica a la madre que sería mejor que se la lleven a casa para evitar alguna posible contaminación y que esperen un milagro. La paciente logra recuperarse pero, no podía succionar cuando su madre le daba de lactar por lo que deciden buscar médicos e intentar que suba de peso.

Desarrollo psicomotor: no presento problemas en su desarrollo.

Rasgos neuropáticos: sin inconvenientes.

- **etapa escolar**

Nivel inicial: no tuvo inconvenientes durante este nivel.

Nivel primario: este nivel lo lleva en majes. Siempre destacó pero la madre la solía comparar con una compañera. La madre reconocía más los méritos del hermano que de ella.

Nivel secundario: regresa a Arequipa junto con su padre. El primer año de este nivel fue el más alegre que tuvo la paciente, el padre le ayudaba siempre con sus tareas. De segundo a quinto de secundaria llega a Arequipa la madre y la paciente se sintió desmotivada. Nunca jalo algún curso.

Nivel superior: ingresa al Pedagógico con 17 años de edad. Termino la carrera sin jalar curso alguno. La madre no permitía que se reúna en grupo para hacer sus trabajos.

Durante su etapa escolar siempre presento rendimiento alto. La madre era estricta con ella y no le daba el mérito suficiente llegando a usar palabras soeces hacia su inteligencia. En el ámbito educativo la madre alentó a que siempre aprendiera más.

2. Desarrollo y Función sexual

Su identidad de género es heterosexual. Su menarquia fue a los 15 años la cual tuvo una coloración café el primer día y los siguientes ya tuvo coloración rojiza.

Su primer enamorado lo tuvo a los 21 años el cual le fue impuesto por la madre. A los 27 años conoce a quien es ahora su esposo casándose a los 29 años; teniendo su primer coito, el cual le produjo mucho dolor, a las dos semanas de casados. En la actualidad aun siente nervios cuando va a tener intimidad con su esposo.

3. Antecedentes Laborales

Trabaja desde los 19 años hasta la actualidad como docente de educación inicial.

4. Servicio militar:

No realizó servicio militar.

5. Religión:

Es de fe católica.

6. Hábitos e influencias nocivas o toxicas:

Gusta de estar correctamente aseada y vestida, suele comer a deshoras y sobre todo luego de tener algún problema, presenta dificultades para descansar apropiadamente, no excedió en consumo de alcohol, solía fumar hasta que quedó embarazada retomando el hábito de fumar hasta hace dos años en donde sintió que no podía respirar y decide dejar este hábito definitivamente.

V. ANTECEDENTES PREMORBIDOS

1. Enfermedades y accidentes:

A días de nacida le descubren pacto en la boca quedando hospitalizada, donde no le daban muchos días de vida. A los 5 años de edad hizo alergia al polvo y a la manzana. Entre los 8 a 9 años contrajo bronco pulmonía. A partir de los 18 años le dio todas las enfermedades

eruptivas, una por año. Entre los 23 a 24 años sufre un accidente en el rostro creándole una cortada en la nariz la cual dejó un abultamiento. A los 31 años de edad, a consecuencias de la muerte de sus padres entró en depresión profunda tomando como medicación fluoxetina. A los 32 le descubren pancreatitis dejándole como secuela problemas de memoria, ilación de ideas y migraña.

2. Personalidad pre mórbida:

Paciente de trato amable con pocas oportunidades de contacto social, gusta de las conversaciones amenas, muy preocupada por el orden y el aseo, gusta de estar en familia, con deseos de superación, se preocupa mucho por cumplir siempre con sus labores, baja tolerancia a la frustración, busca obtener respuestas claras a sus dudas irritándose cuando no las recibe, busca el reconocimiento de su madre, muestra resentimiento hacia su suegra.

VI. ANTECEDENTES FAMILIARES

1. Composición Familiar:

La paciente vivió junto a sus padres hasta su matrimonio, sus padres fallecieron en fechas cercanas, actualmente vive junto con su esposo y su hija en casa de sus padres, comparte la casa con su hermano y su cuñada.

2. Dinámica Familiar:

La paciente tuvo un fuerte apego hacia su padre pues sentía más apoyo y mejor trato de parte de él, la relación con su madre fue difícil de llevar debido a que tenía carácter fuerte y no mostraba estar conforme con las cosas que realizaba la paciente siendo objeto de comparaciones, insultos y adjetivos que atacaban su autoestima. Actualmente la relación entre los miembros de la familia, es buena, recibe el apoyo de su esposo, tiene una excelente relación con su única hija, y la familia mantiene compromisos para superar cualquier tipo de problema, aunque a veces siente que le faltan las fuerzas suficientes para poder seguir adelante. No habla mucho de su hermano.

3. Condición Socioeconómica

Es de condición socioeconómica media, su esposo y ella trabajan y comparten gastos de la casa, como de la educación de su hija.

4. Antecedentes Patológicos

Existen antecedentes de enfermedades cardiovasculares y cáncer.

VII. RESUMEN

Su desarrollo prenatal fue de cuidado porque el embarazo fue de riesgo, nace por cesaría por tener el cordón alrededor del cuello, durante el desarrollo post natal presenta problemas de salud quedando internada en el hospital. Siempre la madre ha atacado la autoestima de la paciente utilizando todo tipo de adjetivos. La paciente sentía un gran apego hacia al padre, durante la adolescencia no mostró mucha interacción social, no presentó dificultades en la etapa escolar. No habla mucho de su hermano.

En la etapa actual vive con su esposo y su hija compartiendo la casa que era de sus padres con su hermano y su cuñada, es de nivel socioeconómico medio, trabaja como docente de educación inicial, no lleva buenas relaciones con su suegra, sufrió de pancreatitis lo que le originó algunas secuelas psíquicas, sufre a consecuencia del fallecimiento de sus padres una fuerte depresión por lo cual fue medicada, su desarrollo sexual estuvo lleno de tabú, su primera relación sexual la realiza con su esposo, muestra dificultades para comunicar sus emociones a una compañera de trabajo que constantemente critica a su esposo y el trabajo de los demás. Tiene antecedentes familiares de problemas cardiovasculares y cáncer.

Arequipa, 6 de Octubre del 2016

Frank Irvin Carpio Carpio
Bachiller en Psicología

EXAMEN MENTAL

I. DATOS DE FILIACION.

Nombres y Apellidos	: A. N. S. C.
Lugar y Fecha de Nacimiento	: Arequipa, 10 enero 1975.
Edad Actual	: 42 años
Sexo	: Femenino.
Grado de Instrucción	: Superior.
Ocupación	: Docente.
Religión	: Católica.
Estado Civil	: Casada.
Referente	: I.E. Linux Torvalds.
Lugar de la Consulta	: I.E. Linux Torvalds.
Informante	: La paciente.
Fecha de Evaluación	: 13 de octubre del 2016.
Evaluador	: Frank Irvin Carpio Carpio

II. ACTITUD, PORTE Y COMPORTAMIENTO

Paciente que aparenta la edad que tiene, en cuanto a sus rasgos físicos su estatura es de 1.58 aproximadamente de contextura normal y postura erguida. Su vestimenta adecuada y limpia, no hay marcas visibles en su cuerpo, de cabello corto y oscuro, de tono de voz fuerte y alegre. Se muestra colaboradora y de actitud positiva hacia el evaluador, resolviendo con facilidad las pruebas y no teniendo ningún problema, en la resolución de las mismas.

III. ATENCIÓN, CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN

• Atención

Es muy vivaz y rápida para aprender las indicaciones que se le dan en las pruebas, predomina la atención voluntaria, es hábil para captar detalles.

• Conciencia o Estado de Alerta:

Su estado de conciencia o alerta es el adecuado, no presentando ningún tipo de alteración en este aspecto.

- **Orientación:**

La paciente se orienta en tiempo, lugar y espacio, al igual que en su persona y respecto a los demás.

IV. LENGUAJE

Lenguaje adecuado y claro, con buena velocidad pero acelerado, observándose que toma mucha atención para comprender lo mejor posible, se expresa de forma correcta.

V. PENSAMIENTO

El curso de su pensamiento es normal. El contenido de su pensamiento es catastrófico que la dirige a ideas de daño hacia su familia, pensamientos obsesivos con la limpieza y el trabajo bien hecho, pensamientos de dependencia hacia cualquier figura de autoridad, tiene miedo de parecerse a su madre.

VI. PERCEPCIÓN

Adecuada percepción tanto de sí misma como del ambiente, observándose una adecuada discriminación de los estímulos sensitivos.

VII. MEMORIA

- **Memoria de corto plazo:** Suele tener de forma intermitente pequeñas lagunas olvidando que iba a realizar.
- **Memoria de largo plazo:** no se ve afectada.

VIII. FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL

Su lenguaje y pensamiento, así como la capacidad para resolver abstracciones, generalizaciones y síntesis al igual que sus conocimientos generales es el adecuado.

IX. ESTADO DE ANIMO Y AFECTOS

La paciente se encuentra preocupada por la situación en la que se encuentra, en algunos momentos se nota cierta impotencia, irritabilidad y resentimiento al relatar su problema manifestando cambios en su expresión facial, se nota ganas de cambiar su situación actual, los afectos se muestran estables.

X. COMPRENSIÓN Y GRADO DE INCAPACIDAD DEL PROBLEMA

La paciente siente incomodidad por la situación en la que se encuentra, dificultándole la concentración en el trabajo, sintiéndose frustrada por no saber cómo solucionar su problema poniéndose irritada. Entiende que no puede seguir así y que necesita de ayuda para salir adelante mostrando buena disposición al trabajo terapéutico.

XI. RESUMEN

La paciente presenta una actitud positiva y colaboradora, aparenta la edad que tiene, de vestimenta adecuada y limpia, sin marcas visibles en el cuerpo, procesos atencionales conservados, se encuentra consciente y orientada en tiempo y espacio, curso y contenido del lenguaje conservados, lenguaje acelerado, curso de pensamiento normal de contenido catastrófico, adecuada percepción, deterioro leve de la memoria a corto plazo, sin perturbaciones en el funcionamiento intelectual; su estado de ánimo se muestra desmejorado presentando preocupación, impotencia, irritabilidad y resentimiento; afectos estables, muestra incomodidad por la situación en la que se encuentra, muestra buena disposición al trabajo terapéutico.

Arequipa, 18 de Octubre del 2016

Frank Irvin Carpio Carpio

Bachiller en Psicología

INFORME PSICOMETRICO

I. DATOS DE FILIACION.

Nombres y Apellidos	: A. N. S. C.
Lugar y Fecha de Nacimiento	: Arequipa, 10 enero 1975.
Edad Actual	: 42 años
Sexo	: Femenino.
Grado de Instrucción	: Superior.
Ocupación	: Docente.
Religión	: Católica.
Estado Civil	: Casada.
Referente	: I.E. Linux Torvalds.
Lugar de la Consulta	: I.E. Linux Torvalds.
Informante	: La paciente.
Fecha de Evaluación	: 20, 23, 28 de octubre del 2016.
Evaluador	: Frank Irvin Carpio Carpio

II. OBSERVACIONES GENERALES

El paciente muestra una actitud positiva y colaboradora durante la entrevista resolviendo de forma rápida las pruebas aplicadas.

III. INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Pruebas psicológicas
 - Inventario Multifásico de Personalidad (MMPI) MINI MULT
 - Inventario de la expresión de la ira Estado-Rasgo Staxi-2
 - Inventario de ansiedad Estado Rasgo Idare
 - Registro de opiniones de Alberth Ellis

IV. INTERPRETACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

1. Inventario Multifásico de Personalidad (MMPI) MINI MULT

INVENTARIO MULTIFÁSICO DE LA PERSONALIDAD MINI- MULT											
	L	F	K	HS	D	HI	DP	PA	PT	Sc	MA
Puntaje Directo	0	4	3	6	3	6	4	5	8	8	8
P. Equivalente	2	11	8	14	18	19	16	14	20	24	22
Añadir K				2			2		3	3	1
P. D. Corregido	2	11	8	16	18	19	16	14	23	27	23
Puntaje T	50	73	42	56	47	50	43	67	46	57	65

- **Escala de mentira (L):** puntaje de 50, nivel norma, independiente sociable y confiada de sí misma.
- **Escala validez (F):** puntaje de 73, nivel alto, evita responsabilidad o finge estar enferma.
- **Escala corrección (K):** puntaje de 42, nivel normal, presenta una actitud adecuada ante la prueba.
- **Configuración (L, F, K):** posible perturbación emocional con necesidad de ayuda.
- **Hipocondría (HS) :** puntaje 56, nivel normal, no presenta preocupaciones acerca de las funciones corporales, soluciona problemas de forma adecuada..
- **Depresión (D):** puntaje 47, nivel normal, presenta buen ánimo y confianza en sí misma.
- **Histeria (HI):** puntaje 50, nivel normal, es veraz y de sentimientos fuertes.

- **Personalidad Psicopática (Dp):** puntaje 43, nivel normal, sigue normas morales relacionándose de forma amable.
- **Paranoide (Pa):** puntaje 67, nivel normal, tendiente a tener ideas de daño, es sensible en las relaciones interpersonales, suele sentir miedo.
- **Obsesivo compulsivo (PT):** puntaje 46, nivel normal, no presenta conductas compulsivas o fobicas.
- **Esquizofrenia (Sc):** puntaje 57, nivel normal, de afectos estables y pensamiento positivo, gusta de interactuar con otras personas.
- **Manía (Ma):** puntaje 65, nivel normal, tendiente a ser enérgica, con ganas de hacer muchas cosas, puede llegar a ser impulsiva, suele sentir sentimientos de culpa luego de una conducta inadecuada.

Paciente sociable, independiente y de confianza en sí misma, soluciona problemas de forma adecuada, de sentimientos fuertes, tiende a tener ideas de daño, enérgica, puede sentir sentimientos de culpa luego de una conducta inadecuada.

2. Inventario de la expresión de la ira Estado-Rasgo Staxi-2

ESCALA	SUB ESCALA	PD	PD ESCALA	NIVEL	NIVEL ESCALA
ESTADO	<i>Sent.</i>	10	28	Bajo	Moderado
	<i>Exp. Física</i>	8		Medio	
	<i>Exp. Verbal</i>	10		Bajo	
RASGO	<i>Temp</i>	8	16	Normal	Bajo
	<i>Reacc</i>	8		Bajo	
IEI	<i>E. Ext</i>	9	34	Bajo	Normal
	<i>E. Int</i>	12		Normal	
	<i>C. Ext</i>	7		Bajo	
	<i>C. Int</i>	16		Normal	

Escala	Sub Escala	Interpretación Sub Escala	Interpretación Escala
Estado	Sentimientos de ira.	No presenta sentimientos de ira	Estado de ira moderado, sujeto al momento que viene pasando
	Expresión Física	Tendiente a expresar su ira de forma física	
	Expresión. Verbal	No presenta tendencia a expresar su ira de forma verbal	
Rasgo	Temperamento de ira	Adecuado control de su ira	No tiende a entrar en estados de ira
	Reacción de ira	No reacciona ante los agravios de los demás. No es sensible ante las críticas de los demás	
IEI	Expresión Externa de la ira	Es muy poco frecuente que exprese verbal o físicamente su ira	Experimenta sentimientos de ira de la forma esperada
	Expresión interna de la ira	Contiene y expresa de forma adecuada su ira	
	Control Externo de la ira	Controla poco la expresión de su ira de forma verbal o física	
	Control Interno de la ira	Suele ser asertiva ante una situación frustrante	

Paciente que presenta un estado moderado de ira con tendencia a expresarla de forma física. No suele entrar continuamente en estados de ira pero puede perder el control de la expresión de esta emoción. Expresa la ira al igual que otras mujeres de su edad.

3. Inventario de ansiedad Estado Rasgo IDARE

ESCALA DE ANSIEDAD	P.D. Y NIVEL DE ANSIEDAD
Ansiedad estado	47 nivel Medio
Ansiedad rasgo	52 nivel Alto

6.

- **Ansiedad estado:** el estado de ansiedad durante la evaluación se encontró en un nivel medio, mostrando un moderado aumento en la actividad del sistema autónomo presentando sentimientos de tensión.
 - **Ansiedad rasgo:** presenta una alta tendencia a mostrar síntomas de ansiedad, aumentando la probabilidad de entrar en estados de ansiedad.
7. La paciente muestra sentimientos de tensión con una alta probabilidad de entrar contantemente en estados de ansiedad

4. Registro de opiniones de Alberth Ellis

#	CREENCIAS IRRACIONALES	PUNTAJE
1	Es una necesidad absoluta tener el amor y aprobación de las demás personas.	4
2	Se debe ser infalible, constantemente competente y perfecto en todo lo que hacemos.	6
3	Las personas que son malvadas y villanas deben ser siempre castigadas.	5
4	Es horrible y catastrófico cuando las cosas no son de la manera en que nos gustaría.	5
5	Las circunstancias externas causan las miserias humanas y las personas reaccionan en medida que estas provocan emociones.	3
6	Se debe sentir miedo y ansiedad acerca de cualquier cosa que sea desconocida e incierta.	9
7	Es más fácil evitar que el enfrentar las dificultades y responsabilidades de la vida.	2
8	Necesitamos de algo y/o alguien más grande o fuerte que nosotros en quien confiar y apoyarnos.	7
9	Los hechos de nuestro pasado tienen mucha importancia para determinar nuestro presente.	5
10	La felicidad puede ser lograda por medio de la inacción, la pasividad y el ocio sin final.	4

La paciente muestra mayor conformidad con las siguientes creencias irracionales:

- Se debe sentir miedo y ansiedad acerca de cualquier cosa que sea desconocida e incierta
- Necesitamos de algo y/o alguien más grande o fuerte que nosotros en quien confiar y apoyarnos
- Se debe ser infalible, constantemente competente y perfecto en todo lo que hacemos

La paciente suele tener pensamientos ansiógenos ante las situaciones nuevas o inciertas, que se necesita de alguien para sentir confianza de lo que hacemos y que no se está permitido equivocarnos.

V. RESUMEN

8. Paciente sociable, independiente y de confianza en sí misma, soluciona problemas de forma adecuada, de sentimientos fuertes, tiende a tener ideas de daño, energica, puede sentir sentimientos de culpa luego de una conducta inadecuada. Presenta un estado moderado de ira con tendencia a expresarla de forma física. No suele entrar continuamente en estados de ira pero puede perder el control de la expresión de esta emoción. Expresa la ira igual que otras mujeres de su edad. Muestra sentimientos de tensión con una alta probabilidad de entrar constantemente en estados de ansiedad. La paciente suele tener pensamientos ansiógenos ante las situaciones nuevas o inciertas, necesita de alguien para sentir confianza de lo que hace y que no se le está permitido equivocarse.

Arequipa, 29 de Octubre del 2016

Frank Irvin Carpio Carpio
Bachiller en Psicología

INFORME PSICOLÓGICO

I. DATOS DE FILIACION.

Nombres y Apellidos	: A. N. S. C.
Lugar y Fecha de Nacimiento	: Arequipa, 10 enero 1975.
Edad Actual	: 42 años
Sexo	: Femenino.
Grado de Instrucción	: Superior.
Ocupación	: Docente.
Religión	: Católica.
Estado Civil	: Casada.
Referente	: I.E. Linux Torvals.
Lugar de la Consulta	: I.E. Linux Torvalds.
Informante	: La paciente.
Fecha de Evaluación	: 15,22 y 29 de septiembre del 2016 13, 20, 23 y 28 de octubre del 2016.
Evaluador	: Frank Irvin Carpio Carpio

II. MOTIVO DE CONSULTA

La paciente refiere que “Cuando empezaron a hacer las evaluaciones dentro del colegio y me dieron mis resultados me interese por seguir un tratamiento. Mi compañera de trabajo me decía cosas que me provocaban gritar y estaba siempre irritada, llorando cada vez que me salían mal las cosas”.

III. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

- Observación
- Entrevista
- Pruebas psicológicas
 - Inventario Multifásico de Personalidad (MMPI) MINI MULT
 - Inventario de la expresión de la ira Estado-Rasgo Staxi-2
 - Inventario de ansiedad Estado Rasgo Idare
 - Registro de opiniones de Alberth Ellis

IV. ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES

Su desarrollo prenatal fue de cuidado porque el embarazo fue de riesgo, nace por cesaría por tener el cordón alrededor del cuello, durante el desarrollo postnatal presenta problemas de salud quedando internada en el hospital. Siempre la madre ha atacado la autoestima de la paciente utilizando todo tipo de adjetivos. La paciente sentía un gran apego hacia al padre, durante la adolescencia no mostró mucha interacción social, no presentó dificultades en la etapa escolar. No habla mucho de su hermano.

En la etapa actual vive con su esposo y su hija compartiendo la casa que era de sus padres con su hermano y su cuñada, es de nivel socioeconómico medio, trabaja como docente de educación inicial, no lleva buenas relaciones con su suegra, sufrió de pancreatitis lo que le originó algunas secuelas psíquicas, sufre a consecuencia del fallecimiento de sus padres una fuerte depresión por lo cual fue medicada, su desarrollo sexual estuvo lleno de tabú, su primera relación sexual la realiza con su esposo, muestra dificultades para comunicar sus emociones a una compañera de trabajo que constantemente critica a su esposo y el trabajo de los demás. Tiene antecedentes familiares de problemas cardiovasculares y cáncer.

V. OBSERVACIONES CONDUCTUALES

La paciente presenta una actitud positiva y colaboradora, aparenta la edad que tiene, de vestimenta adecuada y limpia, sin marcas visibles en el cuerpo, de procesos atencionales conservados, se encuentra consciente y orientada en tiempo y espacio, curso y contenido del lenguaje conservados, lenguaje acelerado, curso de pensamiento normal de contenido catastrófico, adecuada percepción, deterioro leve de la memoria a corto plazo, sin perturbaciones en el funcionamiento intelectual; su estado de ánimo se muestra desmejorado presentando preocupación, impotencia, irritabilidad y resentimiento; afectos estables, muestra incomodidad por la situación en la que se encuentra y muestra buena disposición al trabajo terapéutico

VI. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

La paciente presenta un desempeño cognitivo acorde con su desarrollo académico y cultural. Es una mujer independiente que confía en sí misma lo que le ayuda a solucionar problemas de la mejor manera permitiéndole interrelacionarse fácilmente con otras personas. De afectos estables hacia su familia y amigos.

Los lineamientos que le impartieron sus padres, sobre todo el de la madre, le han generado que siempre busque estar realizando sus labores sin error alguno, provocándole desde muy pequeña estados de ansiedad y poca tolerancia a la frustración, gastando energías en evitar tener fallas, pudiendo llegar a actuar de forma impulsiva.

La constante presión recibida de la madre, generó en ella pensamientos de dependencia hacia alguien superior que le da aprobación a las actividades que realiza, generándole angustia al pensar en lo que pudiera pasar si no hubiera alguien quien la guie. Los constantes cuidados que recibió desde muy chica han provocado un miedo, miedo que provoca sentirse vulnerable ante las situaciones cotidianas y a situaciones de salud.

La situación incierta provocada por el comportamiento de la suegra junto a la falta de la figura de autoridad y seguridad representada por su esposo que se encontraba de viaje, originó en la paciente un fuerte proceso de ansiedad teniendo como respuesta emocional un fuerte resentimiento, impotencia y conductas de evitación. El comportamiento que presenta su compañera de trabajo es similar a la que solía tener la madre de la paciente sintiéndose constantemente presionada, reapareciendo los sentimientos de angustia e impotencia por no poderle expresar las emociones que estaba experimentando.

Si bien el entrar en estados de ira no es algo cotidiano en ella, debido a su impulsividad, puede llegar a expresar su ira de forma verbal o física. Los cambios emocionales que ha estado experimentando le provocan tensión muscular, dolores de cabeza, fatiga, etc. Cabe considerar que los cambios emocionales que presenta también pueden ser atribuidos a que se encuentra en el margen de edad de la menopausia.

VII. DIAGNÓSTICO

La paciente es una persona independiente, sociable y enérgica, que está presentando sentimientos de frustración, irritabilidad, impulsividad y pensamientos catastróficos originando llanto, tensión muscular, dolores de cabeza y estómago dificultándole la concentración en el trabajo, presentando en la evaluación un Trastorno de Ansiedad Generalizada.

VIII. PRONÓSTICO.

Favorable, debido a sus posibilidades apoyo familiar y social.

IX. RECOMENDACIONES

- Psicoterapia Individual.
- Leer los libros de auto ayuda. Técnicas para el Autocontrol Emocional de Martha Davis y Sabiduría Emocional de Walter Riso.

Arequipa, 1 de noviembre del 2016

Frank Irvin Carpio Carpio

Bachiller en Psicología

INFORME PSICOTERAPÉUTICO

I. DATOS DE FILIACION.

Nombres y Apellidos	: A. N. S. C.
Lugar y Fecha de Nacimiento	: Arequipa, 10 enero 1975.
Edad Actual	: 42 años
Sexo	: Femenino.
Grado de Instrucción	: Superior.
Ocupación	: Docente.
Religión	: Católica.
Estado Civil	: Casada.
Referente	: I.E. Linux Torvals.
Lugar de la Consulta	: I.E. Linux Torvalds.
Fecha de Evaluación	: 15,22 y 29 de septiembre del 2016 13, 20, 23 y 28 de octubre del 2016.
Informante	: La paciente.
Evaluador	: Frank Irvin Carpio Carpio

II. DIAGNÓSTICO

La paciente es una persona independiente, sociable y energética, que está presentando sentimientos de frustración, irritabilidad, impulsividad y pensamientos catastróficos originando llanto, tensión muscular, dolores de cabeza y estómago dificultándole la concentración en el trabajo, presentando en la evaluación un Trastorno de Ansiedad Generalizada.

III. OBJETIVOS GENERALES

- Disminuir los estados de ansiedad
- Reconocer los pensamientos irracionales que provocan los estados de ansiedad
- Mejorar la confianza en la capacidad para resolver problemas
- Aumentar la tolerancia a la emoción negativa

IV. DESCRIPCIÓN DEL PLAN TERAPÉUTICO

Sesión 1

- **Objetivo:** que la paciente aprenda los conceptos básicos de la ansiedad generalizada y aprenda a relajarse por medio de la respiración profunda.
- **Duración:** 45 min
- **Técnica:** Conductual. Entrenamiento en respiración profunda Cognitiva. Psicoeducación.
- **Descripción:**

METODOLOGÍA	RECURSOS	TIEMPO
<ul style="list-style-type: none">• Al inicio de la sesión se le entrega el trifoliado con la información sobre el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) dando una explicación sobre de que se trata.• A continuación se pide a la paciente que se siente cómodamente con la espalda recta. Luego se le indica que ponga una mano en el pecho y la otra en el estómago.• Se le pide inhalar por la nariz. La mano sobre el estómago debe levantarse. La mano en el pecho debe moverse muy poco.• Debe exhalar por la boca, expulsando el aire tanto como pueda mientras contrae los músculos abdominales. La mano sobre el estómago debe moverse al exhalar, pero la otra mano debe moverse muy poco.• Se pide que continúe respirando por la nariz y exhalando por la boca. Debe tratar de inhalar suficiente aire para que la parte baja del abdomen se eleve y contraiga. Debe contar hasta 10 lentamente mientras exhala	Trifoliado sobre la ansiedad generalizada. Una silla	45 MIN

<ul style="list-style-type: none"> Se termina la sesión pidiéndole que practique la técnica en casa. 		
---	--	--

Sesión 2

- Objetivo:** Que la paciente aprenda a identificar y diferenciar las situaciones, pensamientos y emociones.
- Duración:** 45 min
- Técnica:** Cognitiva. Psicoeducación Cognitiva. Detección de pensamientos automáticos
- Descripción:**

METODOLOGÍA	RECURSOS	TIEMPO
<ul style="list-style-type: none"> Se le explica a la paciente que son los pensamientos irracionales y como estos se pueden identificar entregándole un folleto con la información necesaria. Se le entrega una hoja de trabajo en donde estarán escritas situaciones, pensamientos y emociones La paciente debe identificar las palabras que sean situaciones, pensamientos y emociones Una vez terminada la actividad se le entrega otra hoja con un listado de emociones y espacios en blanco para llenar. La paciente debe escribir en los espacios en blanco emociones que no se encuentren dentro del listado. 	<ul style="list-style-type: none"> Trifoliado sobre pensamientos irracionales Hojas de trabajo 	45 MIN

<ul style="list-style-type: none"> Al terminar la sesión se le entrega una hoja en donde se hallará una escala de puntuación en donde valorara como le afectan las emociones. En ella escribirá la situación y la emoción que le está provocando esta situación. Luego le pondrá un puntaje. Este ejercicio lo repetirá todos los días hasta la siguiente sesión. 		
--	--	--

Sesión 3

- Objetivo:** Que la paciente aprenda la relajación progresiva.
- Duración:** 45 min
- Técnica:** Conductual. Relajación Progresiva
- Descripción:**

METODOLOGÍA	RECURSOS	TIEMPO
<ul style="list-style-type: none"> Se le pide a la paciente que se Afloje la ropa, se quite los zapatos y se ponga cómodo. Se le indica que se tome unos minutos para relajarse, respirar y realizar respiraciones lentas y profundas. Cuando esté relajada y lista para empezar, le pediremos que centre su atención en tu pie derecho. Le pedimos que se tome un momento para observar cómo lo siente. Se le da la instrucción de que poco a poco tense los músculos de su pie derecho, apretando tan fuerte como pueda y que mantenga la posición contando hasta 10. 	<ul style="list-style-type: none"> Una silla 	45 MIN

<ul style="list-style-type: none"> • A continuación debe relajar el pie derecho concentrándose en cómo la tensión se evapora y siente cómo tu pie se queda sin fuerzas y suelto. • Se pide permanezca en este estado de relajación por un momento, respirando profunda y lentamente. • Cuando esté lista, mueve su atención debe dirigirse al pie izquierdo siguiendo la misma secuencia de la tensión muscular y la liberación. • De la misma manera se le pide realice este proceso con los demás músculos de su cuerpo. • Se termina la sesión pidiendo que realice este ejercicio en casa. 		
---	--	--

Sesión 4

- **Objetivo:** Que la paciente aprenda a identificar sus propios pensamientos.
- **Duración:** 45 min
- **Técnica:** Cognitiva. Psicoeducación
Cognitiva. Detección de pensamientos automáticos
- **Descripción:**

METODOLOGÍA	RECURSOS	TIEMPO
<ul style="list-style-type: none"> • Se le hace entrega del trifoliado con la información de cómo puede identificar sus pensamientos y como estos están ligados a las situaciones y emociones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trifoliado sobre cómo identificar sus propios pensamientos • Hojas de trabajo 	45 MIN

<ul style="list-style-type: none"> • Luego se le entrega una hoja de trabajo en donde ya estará algunos pensamientos. El paciente debe llenar los espacios vacíos con las conductas que ella tendría. • Una vez que haya terminado se le explica cómo se da la triada de situación pensamiento emoción • Se le entrega un autoregistro, en donde en conjunto se pondrán algunos ejemplos de la triada ya explicada • Al finalizar se le pide que llene este auto registro hasta la próxima sesión. 		
--	--	--

Sesión 5

- **Objetivo:** Que la paciente refuerce lo aprendido de la relajación progresiva.
- **Duración:** 45 min
- **Técnica:** Conductual. Relajación Progresiva
- **Descripción:**

METODOLOGÍA	RECURSOS	TIEMPO
<ul style="list-style-type: none"> • Se recuerda junto al paciente los pasos prendidos sobre relajación • Se le pide a la paciente que se Afloje la ropa, se quite los zapatos y se ponga cómodo. • Se le indica que se tome unos minutos para relajarse, respirar y realizar respiraciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Una silla 	45 MIN

<p>lentas y profundas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando esté relajada y lista para empezar, le pediremos que centre su atención en tu pie derecho. Le pedimos que se tome un momento para observar cómo lo siente. • Se le da la instrucción de que poco a poco tense los músculos de su pie derecho, apretando tan fuerte como pueda y que mantenga la posición contando hasta 10. • A continuación debe relajar el pie derecho concentrándose en cómo la tensión se evapora y siente cómo tu pie se queda sin fuerzas y suelto. • Se pide permanezca en este estado de relajación por un momento, respirando profunda y lentamente. • Cuando esté lista, mueve su atención debe dirigirse al pie izquierdo siguiendo la misma secuencia de la tensión muscular y la liberación. • De la misma manera se le pide realice este proceso con los demás músculos de su cuerpo. • Se termina la sesión pidiendo que realice este ejercicio en casa. 		
---	--	--

Sesión 6

- **Objetivo:** Que la paciente aprenda a identificar cuáles son las principales ideas irracionales.

- **Duración:** 45 min
- **Técnica:** Cognitiva. Clasificación de las distorsiones cognitivas
- **Descripción:**

METODOLOGÍA	RECURSOS	TIEMPO
<ul style="list-style-type: none"> • Se le hace entrega del trifoliado con la información sobre las principales ideas irracionales. • Luego se le entrega una hoja de trabajo en donde responde los ejercicios le ayudaran a identificar con mayor facilidad los 15 tipos de pensamientos irracionales. • Una vez que haya terminado se le entrega la siguiente hoja de trabajo en donde se le presentan varias oraciones, tiene subrayar el nombre del pensamiento que considere que corresponde a cada una de la frases • Se le entrega una nueva hoja de trabajo en donde se le presentara una frase, en la cual es importante que identifique los diferentes tipos de pensamiento, separarlos y anotar donde corresponda. • Al finalizar se le pide que repita el ejercicio con frases que el mismo se ponga la cual se corregirá la próxima sesión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trifoliado sobre cómo identificar sus propios pensamientos • Hojas de trabajo 	45 MIN

Sesión 7

- **Objetivo:** Que la paciente refuerce lo aprendido de la relajación progresiva.
- **Duración:** 45 min
- **Técnica:** Conductual. Relajación Progresiva
- **Descripción:**

METODOLOGÍA	RECURSOS	TIEMPO
<ul style="list-style-type: none">• Se recuerda junto al paciente los pasos prendidos sobre relajación y se evalúa lo que aprendió.• Se le pide a la paciente que se Afloje la ropa, se quite los zapatos y se ponga cómodo.• Se le indica que se tome unos minutos para relajarse, respirar y realizar respiraciones lentas y profundas.• Cuando esté relajada y lista para empezar, le pediremos que centre su atención en tu pie derecho. Le pedimos que se tome un momento para observar cómo lo siente.• Se le da la instrucción de que poco a poco tense los músculos de su pie derecho, apretando tan fuerte como pueda y que mantenga la posición contando hasta 10.• A continuación debe relajar el pie derecho concentrándose en cómo la tensión se evapora y siente cómo tu pie se queda sin fuerzas y suelto.• Se pide permanezca en este estado de relajación por un momento, respirando profunda y lentamente.	• Una silla	45 MIN

<ul style="list-style-type: none"> • Cuando esté lista, mueve su atención debe dirigirse al pie izquierdo siguiendo la misma secuencia de la tensión muscular y la liberación. • De la misma manera se le pide realice este proceso con los demás músculos de su cuerpo. • Se termina la sesión pidiendo que realice este ejercicio en casa. 		
---	--	--

V. TIEMPO DE EJECUCIÓN.

El trabajo estará distribuido en sesiones de 45 minutos, 2 veces por semana en un tiempo mínimo de 4 meses, pudiéndose extender si fuera necesario.

VI. LOGROS OBTENIDOS

- La paciente detecta de manera correcta los pensamientos irracionales
- Identifica la relación que existe entre la situación, pensamiento y emoción
- Maneja de forma correcta la técnica de la respiración
- Se logró reducir los síntomas asociados a la ansiedad

Arequipa, 1 de diciembre del 2016

Frank Irvin Carpio Carpio
Bachiller en Psicología

INVENTARIO MULTIFÁSICO DE PERSONALIDAD (MMPI)
MINI MULT
(Hoja de Respuesta)

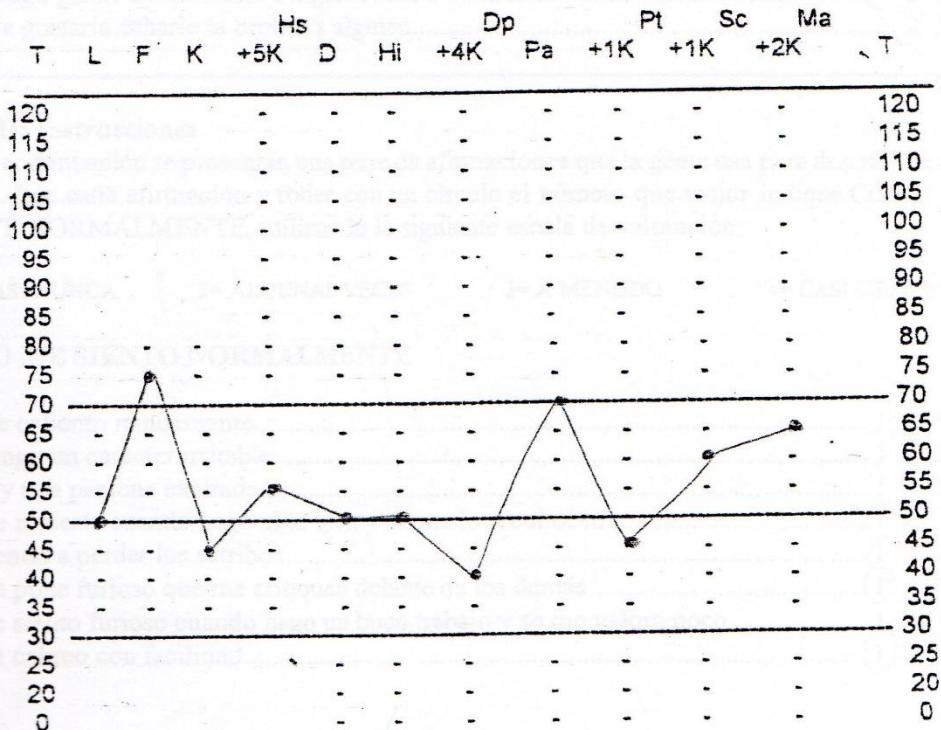
Nombres y apellidos: /
Estado Civil: Casada
Ocupación: Profesora

Edad: 41
Grado de Instrucción: Superior
Fecha de examen: 20/10/16

1. V F	13. V F	25. V F	37. V F	49. V F	61. V F
2. V F	14. V F	26. V F	38. V F	50. V F	62. V F
3. V F	15. V F	27. V F	39. V F	51. V F	63. V F
4. V F	16. V F	28. V F	40. V F	52. V F	64. V F
5. V F	17. V F	29. V F	41. V F	53. V F	65. V F
6. V F	18. V F	30. V F	42. V F	54. V F	66. V F
7. V F	19. V F	31. V F	43. V F	55. V F	67. V F
8. V F	20. V F	32. V F	44. V F	56. V F	68. V F
9. V F	21. V F	33. V F	45. V F	57. V F	69. V F
10. V F	22. V F	34. V F	46. V F	58. V F	70. V F
11. V F	23. V F	35. V F	47. V F	59. V F	71. V F
12. V F	24. V F	36. V F	48. V F	60. V F	

	L	F	K	Hs +5K	D	Hi	Dp +4K	Pa	Pt +1K	Sc +1K	Ma +2K
Puntaje Directo	0	4	3	6	3	6	4	5	8	8	8
Puntaje Equivalente	2	11	8	14	18	19	16	14	20	24	22
Añadir K				2			2		3	3	1
Puntaje Directo Corregido	2	11	8	16	18	19	16	14	23	27	23
Puntaje T	150	73	42	56	47	50	43	67	46	57	65

DIAGNÓSTICO: Personas que suelen querer vivir en un mundo que, preferentemente, no tiene problemas. Es decir, son pacíficas.



Objeto con perturbación emocional con necesidad de ayuda.

- No presenta preocupaciones acerca de las funciones corporales canalizan dolores de forma correcta. Soluciona problemas de formas correctas.
- Presenta buen ánimo, confianza en sí misma.
- No presenta propensión a episodios de debilidad, se sienten fuertes, vigor.
- Sigue normas morales, se relaciona de forma amable. Muestra sentimientos.
- Tendiente a tener ideas de daño. A ser sensible en las relaciones interpersonales. Siente miedo.
- No presenta conductas competitivas o fóbicas.
- Afectos estables, de pensamiento positivo. Gusta de interactuar con otras personas. Y de buena comunicación con las personas.
- Energética, con ganas de hacer muchas cosas, impulsiva, suele sentir sentimientos de culpa luego de una conducta inadecuada.

S T A X I -2 Español

APELLIDOS: _____ NOMBRE: _____
EDAD: 41 SEXO: F ESTADO CIVIL: Casada FECHA: 23/10/16
ESTUDIOS: Superior

Parte I: Instrucciones.

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada afirmación y rodee con un círculo uno de los números que encontrará a la derecha, el número que mejor indique CÓMO SE SIENTE AHORA MISMO, utilizando la siguiente escala de valoración:

1= NO, EN ABSOLUTO 2= ALGO 3= MODERADAMENTE 4= MUCHO

CÓMO ME SIENTO EN ESTE MOMENTO

- | | |
|--|--|
| 1. Estoy furioso..... | 1 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 |
| 2. Me siento irritado..... | 1 2 <input type="radio"/> 3 <input checked="" type="radio"/> 4 |
| 3. Me siento enfadado..... | 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 |
| 4. Le pegaría a alguien..... | 1 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 |
| 5. Estoy quemado..... | 1 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 |
| 6. Me gustaría decir tacos..... | 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 |
| 7. Estoy cabreado..... | 1 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 |
| 8. Daría puñetazos a la pared..... | 1 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 |
| 9. Me dan ganas de maldecir a gritos..... | 1 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 |
| 10. Me dan ganas de gritarle a alguien..... | 1 2 <input type="radio"/> 3 <input checked="" type="radio"/> 4 |
| 11. Quiero romper algo..... | 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 |
| 12. Me dan ganas de gritar..... | 1 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 |
| 13. Le tiraría algo a alguien..... | 1 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 |
| 14. Tengo ganas de abofeteárs a alguien..... | 1 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 |
| 15. Me gustaría echarle la bronca a alguien..... | 1 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 |

Parte II: Instrucciones

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada afirmación y rodee con un círculo el número que mejor indique CÓMO SE SIENTE NORMALMENTE, utilizando la siguiente escala de valoración:

1= CASI NUNCA 2= ALGUNAS VECES 3= A MENUDO 4= CASI SIEMPRE

CÓMO ME SIENTO NORMALMENTE

- | | |
|--|--|
| 16. Me caliento rápidamente..... | 1 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 |
| 17. Tengo un carácter irritable..... | 1 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 |
| 18. Soy una persona exaltada..... | 1 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 |
| 19. Me molesta cuando hago algo bien y no me lo reconocen..... | 1 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 |
| 20. Tiendo a perder los estribos..... | 1 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 |
| 21. Me pone furioso que me critiquen delante de los demás..... | 1 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 |
| 22. Me siento furioso cuando hago un buen trabajo y se me valora poco..... | 1 2 <input type="radio"/> 3 <input checked="" type="radio"/> 4 |
| 23. Me cabreo con facilidad..... | 1 <input type="radio"/> 2 <input checked="" type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 |

- 24 Me enfado si no me salen las cosas como tenía previsto 1 2 3 4
 25 Me enfado cuando se me trata injustamente 1 2 3 4

Parte III: Instrucciones

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describir sus reacciones cuando se siente enfadada. Lea cada afirmación y rodee con un círculo el número que mejor indique CÓMO REACCIONA O SE COMPORTA CUANDO ESTÁ ENFADADO /A O FURIOSO /A, utilizando la siguiente escala:

1= CASI NUNCA 2= ALGUNAS VECES 3= A MENUDO 4= CASI SIEMPRE

CUANDO ME ENFADO O ENFUREZCO

26. Controlo mi temperamento 1 2 3 4
 27. Expreso mi ira 1 2 3 4
 28. Me guardo para mí lo que siento 1 2 3 4
 29. Hago comentarios irónicos de los demás 1 2 3 4
 30. Mantengo la calma 1 2 3 4
 31. Hago cosas como dar portazos 1 2 3 4
 32. Ardo por dentro aunque no lo demuestro 1 2 3 4
 33. Controlo mi comportamiento 1 2 3 4
 34. Discuto con los demás 1 2 3 4
 35. Tiendo a tener rencores que no cuento a nadie 1 2 3 4
 36. Puedo controlarme y no perder los estribos 1 2 3 4
 37. Estoy más enfadado /a de lo que quiero admitir 1 2 3 4
 38. Digo barbaridades 1 2 3 4
 39. Me irritó más de lo que la gente se cree 1 2 3 4
 40. Pierdo la paciencia 1 2 3 4
 41. Controlo mis sentimientos de enfado 1 2 3 4
 42. Rehujo encararme con aquello que me enfada 1 2 3 4
 43. Controlo el impulso de expresar mis sentimientos de ira 1 2 3 4
 44. Respiro profundamente y me relajo 1 2 3 4
 45. Hago cosas como contar hasta diez 1 2 3 4
 46. Trato de relajarme 1 2 3 4
 47. Hago algo sosegado para calmarme 1 2 3 4
 48. Intento distraerme para que se me pase el enfado 1 2 3 4
 49. Pienso en algo agradable para tranquilizarme 1 2 3 4

© Spielberger (1988, 1991)

© de esta versión española: Spielberger, Miguel-Tobal, Casado y Cano-Vindel (2000).

Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo -STAXI- Madrid: TEA Ediciones.

Parte 3. EXPRESIÓN Y CONTROL DE LA IRA

- TRASLADE LAS PUNTUACIONES DE CADA FILA A SU RECUADRO CORRESPONDIENTE.
- LUEGO SUME LAS PUNTUACIONES DE CADA COLUMNA PARA OBTENER LA PUNTUACIÓN DE CADA ESCALA.
- FINALMENTE TRASLADE LAS PUNTUACIONES DE CADA ESCALA AL CUADRO RESUMEN PARA HALLAR LA PUNTUACIÓN TOTAL.

EXPRESIÓN Y CONTROL DE IRA										
					E.Extr.		E.Int.		C.Extr.	
26. Controlo mi temperamento	1	2	3	4	26				7	
27. Expreso mi ira	1	2	3	4	27	1				
28. Me guardo para mí lo que siento	1	2	3	4	28		3			
29. Hago comentarios ironicos de los demás	1	2	3	4	29	2				
30. Mantengo la calma	1	2	3	4	30			1		
31. Hago cosas como dar portazos	1	2	3	4	31	1				
32. Ardo por dentro aunque no lo demuestro	1	2	3	4	32		1			
33. Controlo mi comportamiento	1	2	3	4	33			1		
34. Discuto con los demás	1	2	3	4	34	2				
35. Tiendo a tener rencores que no cuento a nadie	1	2	3	4	35		2			
36. Puedo controlarme y no perder los estribos	1	2	3	4	36			1		
37. Estoy más enfadado de lo que quiero admitir	1	2	3	4	37		2			
38. Digo barandadas	1	2	3	4	38	1				
39. Me irritó más de lo que la gente se cree	1	2	3	4	39		1			
40. Pierdo la paciencia	1	2	3	4	40	1				
41. Controlo mis sentimientos de enfado	1	2	3	4	41					
42. Rehuyo encaramarme con aquello que me enfada	1	2	3	4	42		3			
43. Controlo el impulso de expresar mis sentimientos de ira	1	2	3	4	43		2			
44. Respiro profundamente y me relajo	1	2	3	4	44			4		
45. Hago cosas como contar hasta diez	1	2	3	4	45			3		
46. Trato de relajarme	1	2	3	4	46			3		
47. Hago algo sosegado para calmarme	1	2	3	4	47			3		
48. Intento distraerme para que se me pase el enfado	1	2	3	4	48			2		
49. Pienso en algo agradable para tranquilizarme	1	2	3	4	49			4		
PD	9	12	7	16						

CUADRO RESUMEN DE PUNTUACIONES

Traslade las puntuaciones de las columnas de cada parte a su casilla correspondiente:

SENT.	Exp. F	Exp. V	TEMP.	REACC.	E. Ext.	E. Int.	C. Ext.	C. Int.
B	10	m 8	B 10	8 N 8	B 9	12	7	16
TOTAL ESTADO	28			TOTAL RASGO	16	BASO	NORMAL	BASO

MODERADO

Ahora anote las puntuaciones
para obtener el
ÍNDICE DE EXPRESIÓN DE IRA (IEI)

$$IEI = (\boxed{9} + \boxed{12}) - (\boxed{7} + \boxed{16}) + 36 = \boxed{34}$$

E.Extr. E.Int. C.Extr. C.Int. Norma

11

13

Parte 1. ESCALA DE ESTADO

- ♦ TRASLADE LAS PUNTUACIONES DE CADA FILA A SU RECUADRO CORRESPONDIENTE.
- ♦ LUEGO SUME LAS PUNTUACIONES DE CADA COLUMNA PARA OBTENER LA PUNTUACIÓN DE CADA ESCALA.
- ♦ SUME AHORA LAS PUNTUACIONES DE LAS TRES ESCALAS PARA HALLAR LA PUNTUACIÓN TOTAL ESTADO.
- ♦ TRASLADE LAS PUNTUACIONES DE CADA ESCALA AL CUADRO RESUMEN PARA HALLAR LA PUNTUACIÓN TOTAL.

ESTADO																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	Sent.	Exp. F.	Exp. V.
1.	Estoy furioso	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	1	2	3
2.	Me siento irritado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	2	3	4
3.	Me siento enfadado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	3	4	5
4.	Le pegaría a alguien	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	4	5	6
5.	Estoy quemado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	5	6	7
6.	Me gustaría decir tacos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	6	7	8
7.	Estoy cabreado	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	7	8	9
8.	Daria puñetazos a la pared	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	8	9	10
9.	Me dan ganas de maldecir a gritos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	9	10	11
10.	Me dan ganas de gritarle a alguien	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	10	11	12
11.	Quiero romper algo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	11	12	13
12.	Me dan ganas de gritar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	12	13	14
13.	Le tiraría algo a alguien	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	13	14	15
14.	Tengo ganas de atormentar a alguien	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	14	15	16
15.	Me gustaría echarle la bronca a alguien	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

PD TOTAL ESTADO **28** = **10** + **8** + **10**

Parte 2. RASGO DE IRÁ

- ♦ TRASLADE LAS PUNTUACIONES DE CADA FILA A SU RECUADRO CORRESPONDIENTE.
- ♦ LUEGO SUME LAS PUNTUACIONES DE CADA COLUMNA PARA OBTENER LA PUNTUACIÓN DE CADA ESCALA.
- ♦ SUME AHORA LAS PUNTUACIONES DE LAS DOS ESCALAS PARA HALLAR LA PUNTUACIÓN TOTAL RASGO.
- ♦ TRASLADE LAS PUNTUACIONES DE CADA ESCALA AL CUADRO RESUMEN PARA HALLAR LA PUNTUACIÓN TOTAL.

RASGO DE IRÁ																			
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	TEMP.	PEACC.	
15.	Me caliento rápidamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	2	3
17.	Tengo un carácter irritable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	17	2	3
18.	Soy una persona exaltada	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	18	2	3
19.	Me molesta cuando hago algo bien y no me lo reconocen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	19	1	2
20.	Tiendo a perder los estribos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	20	1	2
21.	Me pone furioso que me critiquen delante de los demás	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	21	1	2
22.	Me siento furioso cuando hago un buen trabajo y se me valora poco	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	22	1	2
23.	Me cabreo con facilidad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	23	1	2
24.	Me enfade si no me salen las cosas como tenía previsto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	24	2	3
25.	Me enfade cuando se me trata injustamente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	25	1	2

PD TOTAL RASGO **16** = **8** + **8**

M
28-2

Actividad de aprendizaje 4. Manual IDARE

SXE

IDARE

Inventario de Autoevaluación

por

C.D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: A.

Fecha: 23/10/16

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente *ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos *ahora*.

	NO ENLOVADO	ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
--	-------------	----------	---------	----------	-------

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Me siento calmado(a) | ① | ② | ③ | ④ | 3 |
| 2. Me siento seguro(a) | ① | ② | ③ | ④ | 2 |
| 3. Estoy tenso(a) | ⑤ | ⑥ | ⑦ | ⑧ | 1 |
| 4. Estoy contrariado(a) | ⑤ | ⑥ | ⑦ | ⑧ | 2 |
| 5. Estoy a gusto | ① | ② | ③ | ④ | 2 |
| 6. Me siento alterado(a) | ① | ② | ③ | ④ | 2 |
| 7. Estoy preocupado(a) actualmente por algún posible contratiempo | ① | ② | ③ | ④ | 2 |
| 8. Me siento descansado(a) | ① | ② | ③ | ④ | 1 |
| 9. Me siento ansioso(a) | ① | ② | ③ | ④ | 2 |
| 10. Me siento cómodo(a) | ① | ② | ③ | ④ | 3 |
| 11. Me siento con confianza en mí mismo(a) | ① | ② | ③ | ④ | 2 |
| 12. Me siento nervioso(a) | ① | ② | ③ | ④ | 2 |
| 13. Me siento agitado(a) | ① | ② | ③ | ④ | 2 |
| 14. Me siento "a punto de explotar" | ① | ② | ③ | ④ | 1 |
| 15. Me siento reposado(a) | ① | ② | ③ | ④ | 2 |
| 16. Me siento satisfecho(a) | ① | ② | ③ | ④ | 1 |
| 17. Estoy preocupado(a) | ① | ② | ③ | ④ | 2 |
| 18. Me siento muy agitado(a) y aturdido(a) | ① | ② | ③ | ④ | 1 |
| 19. Me siento alegre | ① | ② | ③ | ④ | 1 |
| 20. Me siento bien | ① | ② | ③ | ④ | 2 |

D.R. © 1990 por
EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V.
Miembro de la Cámara Nacional
de la Industria Editorial Mexicana, Reg. num. 39

0101

17 20
47 NIVEL Medio

No toque en verde u negro NO LO ACEPTE SI ES DE UN SOLO COLOR.

El alto grado de ansiedad durante la evaluación se encontró en un nivel medio, mostrando un cuento de la actividad del sistema Nervioso con tono de presentando sentimientos de tensión.

SXR

IDARE
Inventario de Autoevaluación

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente **generalmente**. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente **generalmente**.

- | | CASI SIEMPRE | FRECUENTEMENTE | ALGUNAS VEZES | CASI NUNCA |
|--|--------------|----------------|---------------|------------|
| 21. Me siento bien | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 22. Me canso rápidamente | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 23. Siento ganas de llorar | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 26. Me siento descansado(a) | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada" | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 30. Soy feliz | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 31. Tomo las cosas muy a pecho | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 32. Me falta confianza en mí misma(a) | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 33. Me siento seguro(a) | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 34. Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 35. Me siento melancólico(a) | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 36. Me siento satisfecho(a) | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 39. Soy una persona estable | (1) | (2) | (3) | (4) |
| 40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso(a) y alterado(a) | (1) | (2) | (3) | (4) |

INTERPRETACIÓN

- 15 + 32
 17 + 35 = 52
 NIVEL ALTO

Presenta una alta tendencia a mostrar síntomas de ansiedad, aunque tiene la posibilidad de entrar en estado de ansiedad.

三

- *1 Es importante para mi el que otras personas me aprueben.

*2 Yo odio el fallar en cualquier cosa.

*3 Las personas que se equivocan merecen lo que les sucede.

*4 Usualmente acepto lo que sucede filosóficamente.

*5 Si una persona quiere, puede ser feliz bajo casi cualquier circunstancia.

*6 Yo tengo temor de ciertas cosas que frecuentemente me incomodan.

*7 Usualmente hago a un lado decisiones importantes.

*8 Todo el mundo necesita a alguien de quien pueda depender para ayuda y consejo.

*9 "Una cebra no puede cambiar sus rayas".

*10 Prefiero la tranquilidad del ocio sobre todas las cosas.

*11 Me gusta tener el respeto de los demás, pero no tengo que tenerlo.

*12 Yo evito las cosas que no hago bien.

*13 Muchas personas salvadas escapan al castigo que ellas merecen.

*14 Las frustraciones no me perturban.

*15 Las personas se perturban no por las situaciones sino por la visión que tienen de ellas.

*16 Yo siento poca ansiedad respecto de los peligros no esperados o eventos futuros.

*17 Trato de salir adelante y tomo las tareas molestas cuando ellas surgen.

*18 Trato de consultar a una autoridad sobre decisiones importantes.

*19 Es casi imposible vencer la influencia del pasado.

*20 Me agrada dedicarme a muchas cosas a la vez.

IDEAS SITUACION

- Es importante para mi el que otras personas me aprueben.

*2 Yo odio el fallar en cualquier cosa.

*3 Las personas que se equivocan merecen lo que les sucede.

*4 Usualmente acepto lo que sucede filosóficamente.

*5 Si una persona quiere, puede ser feliz bajo casi cualquier circunstancia.

*6 Yo tengo temor de ciertas cosas que frecuentemente me incomodan.

*7 Usualmente hago a un lado decisiones importantes.

*8 Todo el mundo necesita a alguien de quien pueda depender para ayuda y consejo.

*9 "Una cebra no puede cambiar sus rayas".

*10 Prefiero la tranquilidad del ocio sobre todas las cosas.

*11 Me gusta tener el respeto de los demás, pero no tengo que tenerlo.

*12 Yo evito las cosas que no hago bien.

*13 Muchas personas salvadas escapan al castigo que ellas merecen.

*14 Las frustraciones no me perturban.

*15 Las personas se perturban no por las situaciones sino por la visión que tienen de ellas.

*16 Yo siento poca ansiedad respecto de los peligros no esperados o eventos futuros.

*17 Trato de salir adelante y tomo las tareas molestas cuando ellas surgen.

*18 Trato de consultar a una autoridad sobre decisiones importantes.

*19 Es casi imposible vencer la influencia del pasado.

Me agrada dedicarme a muchas cosas a la vez.

NOTE

- IDEA O SITUACIÓN**

Yo quiero agradarle a todo el mundo.
No me importa el competir en actividades en las cuales los demás son mejores que yo.

IDEAS SITUACION

1

- *23 Aquellos que se equivocan o cometan errores merecen ser culpados o castigados. 1
- *24 Las cosas deberían ser diferentes de la manera en que ellas son. 1
- *25 Yo produzco mis propias emociones. 1
- *26 Frecuentemente no puedo apartar mi mente de algunas preocupaciones. 1
- *27 Yo evito el enfrentar mis problemas. 1
- *28 Las personas necesitan una fuente de fortaleza fuera de sí mismas. 1
- *29 Solamente por que alguna cosa en una ocasión afectó fuertemente mi vida, eso no quiere decir que tiene que hacerlo en el futuro. 1
- *30 Yo estoy más realizado (a) cuando tengo muchas cosas que hacer. 1
- *31 Yo puedo gustar de mí mismo (a) aún cuando otras personas no lo hagan. 1
- *32 Me agrada tener éxito en algunas cosas, pero no siento que tengo que tenerlo. 1
- *33 La immoralidad debería ser fuertemente castigada. 1
- *34 Frecuentemente me perturbo por situaciones que no me agradan. 1
- *35 Las personas que son miserables usualmente se han hecho a sí mismas de esa manera. 1
- *36 Si no puedo evitar que algo suceda no me preocupo acerca de eso. 1
- *37 Usualmente hago las decisiones tan pronto como puedo. 1
- *38 Hay personas de las cuales dependo grandemente. 1
- *39 Las personas sobrevaloran la influencia del pasado. 1
- *40 Yo disfruto mucho más el envolverse en un proyecto creativo. 1

Nº ITEM

IDEA O SITUACIÓN

- *41 Si no le agrado a los demás, ese es su problema, no el mío. 1
- *42 Es grandemente importante para mí el ser exitoso (a) en todo lo que hago. 1
- *43 Raramente culpo a las personas por sus equivocaciones. 1
- *44 Usualmente acepto las cosas de la manera en que son, aún si ellas no me agradan. 1
- *45 Una persona no estaría enojada o deprimida por mucho tiempo a menos que se mantenga a sí misma de esa manera. 1

*41		1
*42		1
*43		1
*44		1
*45		1

१	२	३	४	५	६	७	८	९	१०	११	१२
	प्राचीन विवरण	प्राचीन विवरण		प्राचीन विवरण		प्राचीन विवरण	प्राचीन विवरण		प्राचीन विवरण		प्राचीन विवरण

		प्राप्ति		प्राप्ति	प्राप्ति	प्राप्ति

- *46 No puedo tolerar el tomar riesgos.

*47 La vida es demasiado corta para gastarla haciendo tareas desagradables.

*48 Me agrada mantenerme firme sobre mí mismo(a).

*49 Si hubiere tenido diferentes experiencias podría ser más como me gustaría ser.

*50 Me agradaría retirarme y dejar de trabajar por completo.

*51 Encuentro difícil el ir en contra de lo que piensan los demás.

*52 Disfruto las actividades por el placer de realizarlas sin importar cuan bueno (a) yo sea en ellas.

*53 El temor al castigo ayuda a las personas a ser buenas.

*54 Si las cosas me molestan, yo simplemente las ignoro.

*55 Entre más problemas tiene una persona, menos feliz será.

*56 Casi nunca estoy ansioso(a) acerca del futuro.

*57 Casi nunca dejo las cosas sin hacer.

*58 Yo soy el único (a) que realmente puede entender y enfrentar mis problemas.

*59 Casi nunca pienso en las experiencias pasadas como afectándome en el presente.

*60 Demasiado tiempo libre es aburrido.

IDEAS SITUACION

- *61 Aunque me agrada la aprobación, realmente no es una necesidad para mí.
*62 Me perturba cuando los demás son mejores que yo en alguna cosa.
*63 Todo el mundo es básicamente bueno.
*64 Yo hago lo que puedo para obtener lo que quiero y luego no me preocupo acerca de eso.
*65 Ninguna cosa es perturbadora en sí misma; solamente en la manera en que las interpretamos.
*66 Yo me preocupo mucho respecto de ciertas cosas en el futuro.
*67 Es difícil para mí el llevar a cabo ciertas tareas no placenteras.
*68 Me desagrada que los demás tomen decisiones por mí.
*69 Nosotros somos esclavos de nuestras historias personales.

- *70 En ocasiones desearía poder ir a una isla tropical y únicamente descansar en la playa para siempre.

*71 Frecuentemente me preocupo acerca de cuantas personas me aprueban y me aceptan.

*72 Me perturba cometer errores.

*73 Es una injusticia el que "la lluvia caiga sobre el justo y el injusto".

*74 Yo "tomo las cosas como vienen".

*75 La mayoría de las personas deberían enfrentar las incomodidades de la vida.

*76 En ocasiones no puedo apartar un temor de mi mente.

*77 Una vida de comodidades es raras veces muy recompensante.

*78 Yo encuentro fácil el buscar consejo.

*79 Si algo afectó fuertemente tu vida, siempre será de esa manera.

*80 Me agrada estar sin hacer nada.

卷之三

IDEAS SITUACIONES

- *81 Yo tengo gran preocupación por lo que otras personas sientan acerca de mí.

*82 Frecuentemente me incomodo bastante por cosas pequeñas.

*83 Usualmente le doy a alguien que me ha hecho una mala jugada una segunda oportunidad.

*84 Las personas son más felices cuando tienen desafíos y problemas que superar.

*85 No hay nunca razón alguna para permanecer apesadumbrado por mucho tiempo.

*86 Yo casi nunca pienso en cosas tales como la muerte o la guerra atómica.

*87 Me desagrada la responsabilidad.

*88 Me desagradada tener que depender de los demás.

*89 Realmente las personas nunca cambian en sus raíces.

*90 La mayoría de las personas trabajan demasiado duro y no descansan lo suficiente.

*91 Es incómodo pero no perturbador el ser criticado.

*92 Yo no tengo temor de hacer cosas las cuales no pienso hacer bien.

*93 Nadie es perverso o malvado, aún cuando sus actos puedan serlo.

**94 Casi nunca me perturbo por los errores de los demás.
**95 Las personas hacen su propio infierno dentro de sí mismos.

*96 Frecuentemente me encuentro a mí mismo(a) planificando lo que haría en diferentes situaciones peligrosas.

Si alguna cosa es necesaria, la llevo a cabo aún cuando no sea placentera.
Yo he aprendido a no esperar que los demás se hallen muy interesados acerca de mi bienestar.

No me incomoda lo que he hecho en el pasado.
Yo no puedo sentirme realmente contento (a) a menos que me encuentre relajado (a) y sin hacer nada.

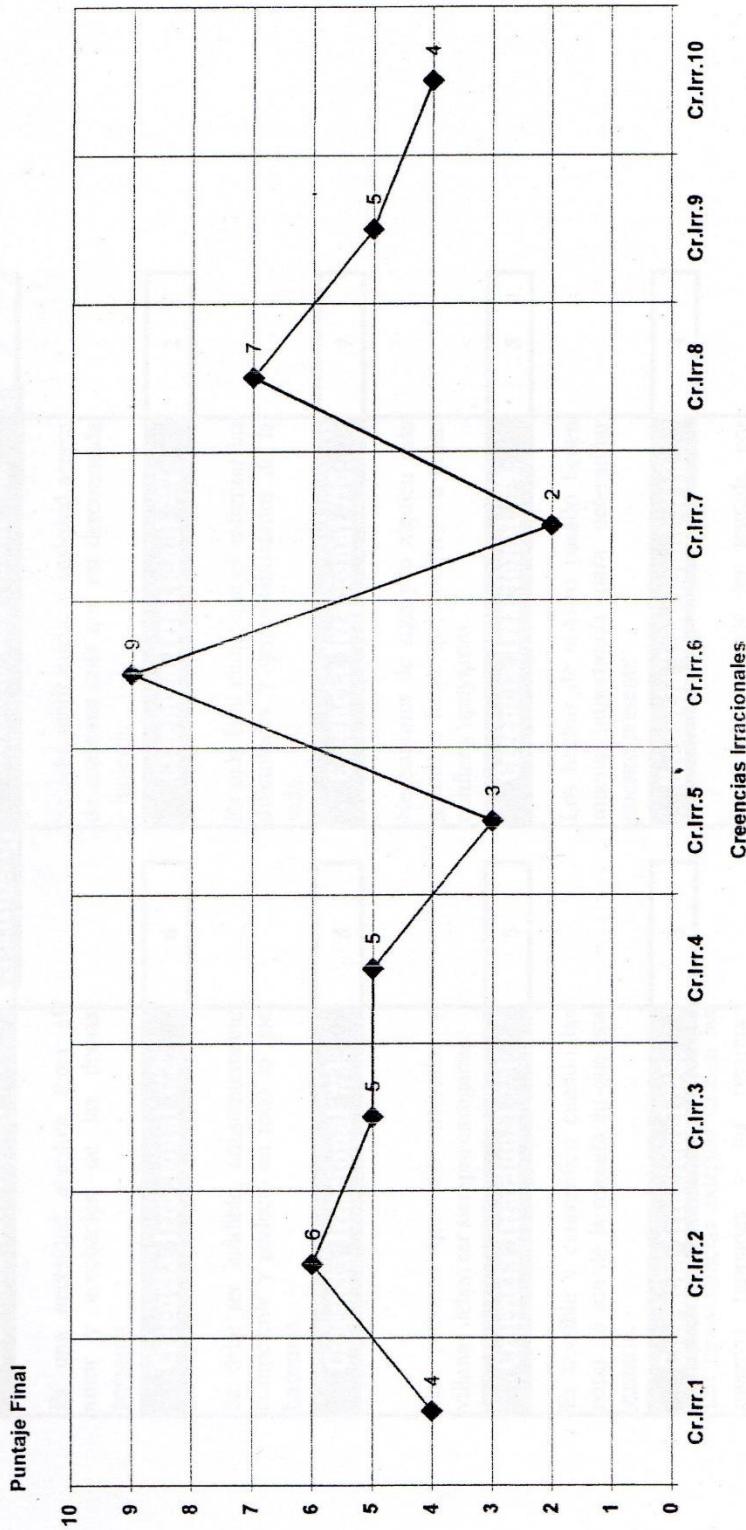
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

1

R.O.A.E.
Registro de Opiniones
de Albert Ellis

Fecha: 28/10/2016

Gráfico del Registro de Opiniones



R.O.A.E,
Registro de Opiniones
de Albert Ellis

Fecha: 28/10/2016

Tipo de Creencia	Puntaje Obtenido	Tipo de Creencia	Puntaje Obtenido
Creencia Irracional #1: Es una necesidad absoluta tener el amor y aprobación de las demás personas.	Resultado: Creencia Irracional #6: as 9	Creencia Irracional #6: Se debe sentir miedo y ansiedad acerca de cualquier cosa que sea desconocida e incierta.	Creencia Irracional #7: 2
Creencia Irracional #2: Se debe ser infalible, constantemente competente y perfecto en todo lo que hacemos.	6	Es más fácil evitar que el enfrentar las dificultades y responsabilidades de la vida.	Creencia Irracional #8: 7
Creencia Irracional #3: Las personas que son malvadas y villanas deben ser siempre castigadas.	5	Necesitamos de algo y/o alguien más grande o fuerte que nosotros en quien confiar y apoyarnos.	Creencia Irracional #9: 5
Creencia Irracional #4: Es horrible y catastrófico cuando las cosas no son de la manera en que nos gustaría.	5	Los hechos de nuestro pasado tienen mucha importancia para determinar nuestro presente.	Creencia Irracional #10: 4
Creencia Irracional #5: Las circunstancias externas causan las miserias humanas y las personas reaccionan en medida que estas provocan emociones.	3	La felicidad puede ser lograda por medio de la inacción, la pasividad y el ocio sin final.	

REGISTRÓ DE SINTOMAS DIARIOS

17 - 23

Puntúe los síntomas mencionados a continuación, según el grado de malestar que le producen, usando la siguiente escala de 10 puntos:

MALESTAR LIGERO			MALESTAR MODERADO			MALESTAR EXTREMO					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
SÍNTOMAS (Ignore Aquello Que No Ha Experimentado)						GRADO DE MALESTAR (1-10)					
L	M	M	J	V	S	D					
ANSIEDAD EN SITUACIONES ESPECIFICAS											
Test											
Cumplimiento de plazos	2	1	3	3	3	2	1				
Muertes		1	1	1	1	1	1				
Entrevistas											
Otros:											
ANSIEDAD DE LAS RELACIONES PERSONALES											
Esposa(o)											
Padres											
Niños											
Otros:											
OTROS SINTOMAS											
Ansiedad general, independientemente de la situación o la gente implicada			3	3	3	3	3	3	3	3	3
Depresión											
Desesperación	1	3	3	3	3	3	2	1			
Impotencia, ineficacia											
Baja autoestima											
Hostilidad											
Cólera e irritabilidad											
Falta de decisión											
neficacia para solucionar problemas											
Resentimiento		3	3	3	3	3	4	4			
Fobias y miedos											
Obsesiones, pensamientos no deseados	2	3	3	3	3	4	5				
Fatiga											
Tensión muscular											
Dolores de cabeza	1	1	1	1	1	1	1	1			
Dolores de cuello											
Dolores de espalda	1	1	1	1	1	1	1	1			
ndigestión											
Estreñimiento											
Obesidad											
Problemas de bebida											
Juegos de azar											
Derroche											
Debilidad física											
nsomnio											
Perfeccionismo	1	1	1	1	1	1	1	1			

REGISTRÓ DE SINTOMAS DIARIOS

10-16

Puntúe los síntomas mencionados a continuación, según el grado de malestar que le producen, usando la siguiente escala de 10 puntos:

MALESTAR LIGERO			MALESTAR MODERADO			MALESTAR EXTREMO			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SÍNTOMAS (Ignore Aquello Que No Ha Experimentado)			GRADO DE MALESTAR (1-10)						
			L	M	M	J	V	S	D
ANSIEDAD EN SITUACIONES ESPECIFICAS									
Test									
Cumplimiento de plazos			4	4	4	4	4	3	3
Muertes									
Entrevistas									
Otros:									
ANSIEDAD DE LAS RELACIONES PERSONALES									
Esposa(o)									
Padres									
Niños									
Otros:									
OTROS SINTOMAS									
Ansiedad general, independientemente de la situación o la gente implicada			3	3	3	3	3	3	3
Depresión									
Desesperación			1	1	1	1	1	1	1
Impotencia, ineficacia									
Baja autoestima									
Hostilidad									
Cólera e irritabilidad									
Falta de decisión									
Ineficacia para solucionar problemas									
Resentimiento									
Fobias y miedos									
Obsesiones, pensamientos no deseados		2	3	4	4	1	2	1	
Fatiga									
Tensión muscular									
Dolores de cabeza									
Dolores de cuello									
Dolores de espalda			1	2	1	1	2	3	5
Indigestión									
Estreñimiento									
Obesidad									
Problemas de bebida									
Juegos de azar									
Derroche									
Debilidad física							1		
Insomnio									
Perfeccionismo									

REGISTRÓ DE SINTOMAS DIARIOS

24 - 30

Indique los síntomas mencionados a continuación, según el grado de malestar que le producen, usando la siguiente escala de 10 puntos:

MALESTAR LIGERO			MALESTAR MODERADO				MALESTAR EXTREMO			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
SÍNTOMAS (Ignore Aquello Que No Ha Experimentado)			GRADO DE MALESTAR (1-10)							
L	M	M	J	V	S	D				
ANSIEDAD EN SITUACIONES ESPECIFICAS										
fest										
cumplimiento de plazos										
Muertes										
Entrevistas						3		3	3	
Otros: Terminar mi casa por el polvo						4	4	4		
ANSIEDAD DE LAS RELACIONES PERSONALES										
Esposa(o)	1									
Padres	1									
Niños	1									
Otros:										
OTROS SINTOMAS										
Ansiedad general, independientemente de la situación o la gente implicada	1					1	2	2		
Depresión	1									
Desesperación	1			3	4	2				
Impotencia, ineficacia	1			4	3					
Baja autoestima	1									
Hostilidad	1									
Cólera e irritabilidad				4	3	3				
Falta de decisión										
Ineficacia para solucionar problemas										
Resentimiento	1	1		1	4	4	4			
Fobias y miedos										
Obsesiones, pensamientos no deseados										
Fatiga										
Tensión muscular										
Dolores de cabeza	1	1								
Dolores de cuello	1	1								
Dolores de espalda	1									
Indigestión										
Estreñimiento										
Obesidad	1									
Problemas de bebida										
Juegos de azar										
Derroche										
Debilidad física						1				
Insomnio										
Perfeccionismo	1		1	1			2	2		

REGISTRÓ DE SINTOMAS DIARIOS

31 - 6

Puntúe los síntomas mencionados a continuación, según el grado de malestar que le producen, usando la siguiente escala de 10 puntos:

MALESTAR LIGERO		MALESTAR MODERADO			MALESTAR EXTREMO				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SÍNTOMAS (Ignore Aquello Que No Ha Experimentado)					GRADO DE MALESTAR (1-10)				
L	M	M	J	V	S	D			
ANSIEDAD EN SITUACIONES ESPECIFICAS									
Test		4	4	4	4	3			
Cumplimiento de plazos									
Muertes									
Entrevistas	3	3	3	3	1				
Otros:									
ANSIEDAD DE LAS RELACIONES PERSONALES									
Esposa(o)									
Padres									
Niños									
Otros:					5	4			
OTROS SINTOMAS									
Ansiedad general, independientemente de la situación o la gente implicada	1	2	2	1	1	1	1	1	1
Depresión	1								
Desesperación									
Impotencia, ineficacia									
Baja autoestima									
Hostilidad									
Cólera e irritabilidad				4	1				
Falta de decisión									
Ineficacia para solucionar problemas									
Resentimiento									
Fobias y miedos	2	2	2		1				
Obsesiones, pensamientos no deseados	2	2	2	2	1	1	1	1	
Fatiga									
Tensión muscular									
Dolores de cabeza									
Dolores de cuello									
Dolores de espalda									
Indigestión									
Estreñimiento									
Obesidad									
Problemas de bebida									
Juegos de azar									
Derroche									
Debilidad física									
Insomnio								2	
Perfeccionismo	1	1	1	1	1	1	1	1	