



UNIVERSIDAD DE PANAMA

VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

CENTRO REGIONAL UNIVERSITARIO DE VERAGUAS

**ESTRES ANSIEDAD Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES
HIPERTENSOS DE LA POLICLINICA HORACIO DIAZ GÓMEZ ATENDIDOS MEDIANTE
TERAPIA RACIONAL EMOTIVA CONDUCTUAL (TREC)**

POR

ARMANDO BATISTA AGUIRRE

**Tesis presentada para optar al grado de
Magister en Psicología Clínica**

VERAGUAS DICIEMBRE 2014

57

22 FEB 2015

UNIVERSIDAD DE PANAMA
 VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
 PROGRAMA DE MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA
 FACULTAD DE PSICOLOGIA

FORMULARIO PARA LA PRESENTACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN
 CONDUCENTES A LA TESIS DE GRADO

TITULO DEL PROYECTO ESTRES ANSIEDAD Y ESTRATEGIAS DE
 AFRONTAMIENTO EN PACIENTES HIPERTENSOS
 DE LA POLICLINICA HORACIO DIAZ GÓMEZ
 ATENDIDOS MEDIANTE TERAPIA RACIONAL
 EMOTIVA CONDUCTUAL (TREC)

Armando

CÓDIGO
 NOMBRE DEL ESTUDIANTE ARMANDO BATISTA AGUIRRE
 CEDULA 9 728 2141
 ESPECIALIDAD MAESTRIA EN PSICOLOGIA CLINICA
 ASESORA LAURA DOMINGUEZ
 FIRMA DE LA ASESORA

FIRMA DEL ESTUDIANTE

APROBADO POR

DIRECTOR DEL POSTGRADO DE LA VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y
 POSTGRADO

FECHA -----

RESUMEN

Este estudio tuvo como finalidad conocer la efectividad de la terapia racional emotiva conductual en los niveles de estrés ansiedad y estrategias de afrontamiento en una muestra de pacientes hipertensos de la Policlínica Horacio Díaz Gómez en Santiago de Veraguas

El estudio fue de tipo cuasiexperimental – diseño de pretest postest con grupo control y pretendía reducir los niveles de estrés ansiedad y estrategias de afrontamiento negativas y aumentar los niveles de estrategias positivas

La muestra estuvo compuesta por 16 sujetos hipertensos escogidos según los criterios de inclusión para el tratamiento y distribuidos de la siguiente manera 8 para el grupo experimental y 8 para el grupo control ambos grupos fueron evaluados mediante 3 pruebas el cuestionario de estrés percibido el inventario de estrategias de afrontamiento y la escala de ansiedad de Hamilton

El tratamiento constó de 13 sesiones aplicadas una vez por semana con duración de dos horas cada una Para el análisis estadístico de los datos se utilizó la prueba t de Student para datos independientes a un nivel de significancia del 0.05% La regla de decisión establecía que se rechaza la hipótesis nula si $t_{ob} > t_c = 1.761$ En el resultado de la prueba de estrés se obtuvo una t_{ob} de 1.96 resultando $>$ que la t_c y en la escala de ansiedad se obtuvo una t_{ob} de -2.55 resultando $>$ que la t_c por lo que se concluye que había suficiente evidencia estadística para indicar que los pacientes hipertensos disminuyeron sus niveles de estrés y ansiedad después de participar del tratamiento

ABSTRACT

This study was aimed to know the effectiveness of rational therapy emotional behavioral levels of stress anxiety and coping strategies in a sample of hypertensive patients of the Horacio Gomez Polyclinic in Santiago de Veraguas

The study was quasi-experimental pretest posttest control group design and aimed to reduce the levels of stress anxiety and negative coping strategies and increase levels of positive strategies

The sample was composed of 16 hypertensive subjects chosen according to the inclusion criteria for treatment and distributed as follows 8 for the experimental group and the control group 8 both groups were evaluated through three tests The Perceived Stress Questionnaire The Coping Strategies and The Hamilton Anxiety Scale Inventory

The treatment consisted of thirteen (13) sessions applied once a week (two hours each session) For the statistical analysis of the data Student's t test was used for Independent (unpaired) samples the level of significance of 0.05% The decision rule established that the null hypothesis is rejected if $t_{ob} > t_c = 1.761$ The outcome of the stress test was obtained a t_{ob} of 1.96 resulting $>$ than the t_c On the anxiety scale was obtained a t_{ob} 2.55 resulting $>$ the t_c so it is concluded that there were enough statistical evidence to indicate that hypertensive patients decreased their levels of stress and anxiety after the treatment

AGRADECIMIENTOS

Agradezco primero a Dios todopoderoso por haberme dado la salud la oportunidad y la inteligencia para culminar este estudio y por haberme permitido cumplir una meta mas en mi vida ,Gracias por ser mi fortaleza!

A mi asesora la magistra Laura Dominguez por el apoyo intelectual en la elaboración del presente trabajo en especial por el tiempo dedicado a este estudio para usted la mayor gratitud

A la magistra Gina Candanedo por su gran apoyo en la parte estadística de este estudio y por las sugerencias brindadas para la tabulación y análisis de los datos

Al profesor Lionel López por su valiosa orientación y tiempo invertido en la revisión y corrección de dicho trabajo

DEDICATORIA

Este estudio va dedicado a los pacientes hipertensos de la Policlínica Horacio Díaz Gómez en Santiago de Veraguas que participaron del entrenamiento en terapia racional emotiva conductual

TABLA DE CONTENIDO

	Página
Resumen	IV
Abstract	V
Agradecimientos	VI
Dedicatoria	VII
INTRODUCCIÓN	1
I MARCO GENERAL	3
1 Justificación	3
2 Objetivo general	3
3 Objetivos específicos	4
4 Escenario	4
II MARCO TEORICO	7
1 Antecedentes	7
2 Presión arterial	10
2 1 Definición	10
2 2 La hipertensión arterial	12
2 2 1 Definición	12
2 3 La hipertensión arterial como un problema de salud pública	13
2 4 Tipos de hipertensión arterial	13
2 5 Clasificación de presión arterial	15
2 6 Factores de riesgo para el desarrollo y mantenimiento de la hipertensión arterial	15
2 6 1 Los factores biológicos clásicos y la hipertensión arterial	16
2 7 Los factores psicológicos y su influencia en la hipertensión arterial	19
2 8 Clasificación diagnóstica de la hipertensión arterial	23
2 8 1 Factores psicológicos que afectan al estado físico	24
2 9 Tratamiento de la hipertensión arterial	26
2 9 1 Tratamiento farmacológico	26
2 9 2 Tratamiento no farmacológico	26
3 Estrés	27
3 1 Definición	27
3 2 Respuesta fisiológica de estrés e hipertensión arterial	28
4 Ansiedad	31
4 1 Definición	31
4 2 Respuesta fisiológica de ansiedad e hipertensión	31
4 3 Dimensiones de la ansiedad	32
4 4 Los síntomas de la ansiedad	33
5 Afrontamiento	35
5 1 Definición	35

5 2	Elementos dinámicos y estructurales del Modelo de Afrontamiento de Lazarus	35
5 3	Estrategias de afrontamientos	39
6	Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)	41
6 1	Antecedentes	41
6 2	Definición	42
6 3	El modelo ABC de Ellis	43
6 3 1	Los acontecimientos actuantes o las A	43
6 3 2	Las consecuencias o las C	44
6 3 3	Las creencias o las B	45
6 4	Las bases de la TREC	46
6 5	Técnicas de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)	49
6 5 1	Debate	49
6 5 2	Tareas para la casa	49
6 5 3	Asertividad racional emotivo conductual y resolución de problemas	49
III	MARCO METODOLÓGICO	50
1	Diseño de investigación	50
2	Hipótesis	50
3	Población	53
4	Muestra	53
5	Variables	53
6	Procedimiento para controlar factores de amenaza a la validez y confiabilidad de los resultados	55
7	Métodos y técnicas utilizados	55
8	Método de intervención	57
8 1	Terapia Racional Emotiva Conductual	57
9	Procedimiento para garantizar aspectos éticos en la investigación con seres humanos	128
10	Procedimiento de investigación	129
11	Análisis estadístico de los datos	129
12	Aspectos administrativos	129
13	Cronograma de las etapas de investigación	130
IV	RESULTADOS	132
V	DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	171
	CONCLUSIONES	177
	RECOMENDACIONES	180
	BIBLIOGRAFIA	182
	ANEXOS	

ÍNDICE DE CUADROS

		Pag
Cuadro # 1	Datos generales del grupo experimental	132
Cuadro # 2	Datos generales del grupo control	133
Cuadro # 3	Cuadro general de resultados de los postest aplicados	134
Cuadro # 4	Resultados de la prueba de estrés percibido (CEP) para el grupo experimental y control en el pretest y postest	136
Cuadro # 5	Resultados de la prueba de ansiedad para el grupo experimental y control en el pretest y postest	138
Cuadro # 6	Comparación del pretest y postest del grupo experimental y control en las puntuaciones de la escala de Resolución de problemas (REP) del inventario de estrategias de afrontamiento	140
Cuadro # 7	Comparación del pretest y postest del grupo experimental y control en las puntuaciones de la escala de Autocrítica (AUC) del inventario de estrategias de afrontamiento	142
Cuadro # 8	Comparación del pretest y postest del grupo experimental y control en las puntuaciones de la escala de Expresión Emocional (EEM) del inventario de estrategias de afrontamiento	144
Cuadro # 9	Comparación del pretest y postest del grupo experimental y control en las puntuaciones de la escala de Pensamiento Desiderativo (PSD) del inventario de estrategias de afrontamiento	146
Cuadro # 10	Comparación del pretest y postest del grupo experimental y control en las puntuaciones de la escala de Apoyo Social (APS) del inventario de estrategias de afrontamiento	148
Cuadro # 11	Comparación del pretest y postest del grupo experimental y control en las puntuaciones de la escala de Reestructuración Cognitiva (REC) del inventario de estrategias de afrontamiento	150
Cuadro # 12	Comparación del pretest y postest del grupo experimental y control en las puntuaciones de la escala de Evitación de Problemas (EVP) del inventario de estrategias de afrontamiento	152
Cuadro # 13	Comparación del pretest y postest del grupo experimental y control en las puntuaciones de la escala de Retirada Social (RES) del inventario de estrategias de afrontamiento	154
Cuadro # 14	Prueba t para medias independientes del cuestionario de estrés percibido en el postest del grupo experimental y control	158
Cuadro # 15	Prueba t para medias independientes del postest de la escala de ansiedad de Hamilton para el grupo experimental y control	159

Cuadro # 16	Prueba t para medias independientes del postest de la escala de Resolución de Problemas (REP) del cuestionario de estrategias de afrontamiento para el grupo experimental y control	160
Cuadro # 17	Prueba t para medias independientes del postest de la escala de autocrítica (AUC) del cuestionario de estrategias de afrontamiento para el grupo experimental y control	161
Cuadro # 18	Prueba t para medias independientes del postest de la escala de expresión emocional (EEM) del cuestionario de estrategias de afrontamiento para el grupo experimental y control	163
Cuadro # 19	Prueba t para medias independientes del postest de la escala de pensamiento desiderativo (PSD) del cuestionario de estrategias de afrontamiento para el grupo experimental y control	164
Cuadro # 20	Prueba t para medias independientes del postest de la escala de apoyo social (APS) del cuestionario de estrategias de afrontamiento para el grupo experimental y control	165
Cuadro # 21	Prueba t para medias independientes del postest de la escala de restructuración cognitiva (RC) del cuestionario de estrategias de afrontamiento para el grupo experimental y control	166
Cuadro # 22	Prueba t para medias independientes del postest de la escala de evitación de problemas (EVP) del cuestionario de estrategias de afrontamiento para el grupo experimental y control	168
Cuadro # 23	Prueba t para medias independientes del postest de la escala de retirada social (RES) del cuestionario de estrategias de afrontamiento para el grupo experimental y control	169

INDICE DE GRÁFICAS

	Pag
Grafica # 1 Medidas de la prueba de estrés percibido en el postest de los grupos experimental y control	137
Gráfica # 2 Medidas de la prueba de ansiedad en el postest de los grupos experimental y control	139
Grafica # 3 Medidas de los postest del grupo experimental y control en la escala de Resolución de problemas	141
Gráfica # 4 Medidas de los postest del grupo experimental y control en la escala de Autocritica	143
Grafica # 5 Medidas de los postest del grupo experimental y control en la escala de Expresión Emocional	145
Grafica # 6 Medidas de los postest del grupo experimental y control en la escala de Pensamiento Desiderativo	147
Grafica # 7 Medidas de los postest del grupo experimental y control en la escala de Apoyo Social	149
Grafica # 8 Medidas de los postest del grupo experimental y control en la escala de Reestructuración Cognitiva	151
Grafica # 9 Medidas de los postest del grupo experimental y control en la escala de Evitación de Problemas	153
Gráfica # 10 Medidas de los postest del grupo experimental y control en la escala de Retrada Social	155
Gráfica # 11 Medidas de las prueba de estrategias de Afrontamiento en los postest de los grupos experimental y control	156

INTRODUCCIÓN

La hipertensión Arterial constituye uno de los trastornos de mayor incidencia a nivel mundial y es reconocida entre los principales factores de riesgo de los trastornos cardiovasculares y cerebro vasculares que se ubican entre las primeras causas de morbimortalidad en el mundo (Molerio & Garcia 2004) La hipertensión arterial es una enfermedad crónica, controlable de etiología multicausal y caracterizada por aumento sostenido de las cifras de presión arterial

Se ha demostrado que el estrés y las reacciones emocionales como la ansiedad la ira o la tristeza presentan correlatos fisiológicos que afectan la presión arterial y por lo que la hipertensión arterial es considerada hoy como un trastorno psicofisiológico (Molerio & Garcia 2004) Es claro que las emociones y el estrés tienen una importante función adaptativa sin embargo Molerio y García (2004) afirman 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

Por su parte el modelo biopsicosocial nombra la interrelación entre cuerpo y mente y lleva a pensar que estos estados emocionales negativos (depresión y ansiedad) así como algunos de los problemas somáticos relacionados con la presión arterial pueden obedecer a un afrontamiento inadecuado de situaciones de estrés (Lemos Restrepo y Richard 2008) Por lo cual es necesario establecer la relación entre los cambios en la presión arterial estrés ansiedad y las estrategias que el individuo utiliza para afrontarlo en un momento determinado

La presente propuesta de investigación tiene como finalidad, conocer los efectos de la terapia racional emotiva conductual aplicada a una muestra de pacientes hipertensos tomando en cuenta variables como el estrés ansiedad y las estrategias de afrontamiento de

problemas dado que estas son variables que influyen en el aumento de la presión arterial y se hace necesario que el paciente aprenda a manejarlas

Esta investigación está compuesta por los siguientes capítulos el marco general que presenta el problema de investigación la importancia del estudio y objetivos a alcanzar también se describe brevemente las características del escenario donde se realiza Seguido se presenta el marco teórico que contiene antecedentes relacionados con el tema de investigación y se desarrollan los aspectos básicos de teorías del mismo En el marco metodológico se desarrolla y describe el tipo de estudio realizado hipótesis variables sujetos y los métodos e instrumentos utilizados así como el tratamiento estadístico de los datos y se explica el modo de llevarlo a cabo

El capítulo de los resultados presenta el análisis estadístico y resumen de los datos en función de los objetivos e hipótesis planteados En el capítulo de la discusión de resultados se contrasta teóricamente los resultados con las hipótesis y con los aspectos teóricos al igual que se discuten e interpretan los resultados desde la perspectiva de los límites y alcances del problema estudiado

Luego de analizar y discutir los resultados en el último capítulo se presentan las conclusiones y recomendaciones del estudio con base a los datos recabados Posterior a esto se presentan las diversas fuentes consultadas para la obtención de información y desarrollo del estudio y finalmente información complementaria en los anexos

I MARCO GENERAL

I JUSTIFICACIÓN

Debido a que la hipertensión arterial es un factor de riesgo cardiovascular muy prevalente en el mundo que obstaculiza un buen estado de salud y en el que influyen factores genéticos ambientales y psicofisiológicos que predisponen este trastorno se hace necesaria la implementación de tratamientos no farmacológicos razón por la cual esta investigación busca demostrar la eficacia de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) en la disminución de los niveles de estrés ansiedad y en la mejora de las estrategias de afrontamiento de los pacientes participantes de la terapia mediante la misma se busca también que el paciente comprenda que es el mismo el que tiene la mayor responsabilidad en el momento de controlar todos los factores reconocidos que pueden elevar la presión arterial

De este planteamiento se desprende la siguiente interrogante

¿Cómo influye una terapia racional emotiva conductual (TREC) aplicada a una muestra de pacientes hipertensos (HTA) de la policlínica Horacio Diaz Gomez en el nivel de estrés y en las estrategias de afrontamiento de problemas?

2 OBJETIVO GENERAL

Conocer los efectos de la terapia racional emotiva conductual (TREC) aplicada a una muestra de pacientes hipertensos de la Policlínica Horacio Diaz Gómez

3 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Diagnosticar los niveles de estres ansiedad antes y después del tratamiento

Identificar estrategias de afrontamiento de problemas antes y después del tratamiento

Comparar los efectos del tratamiento entre el grupo control y el grupo experimental

Lograr la reducción de los niveles del estrés ansiedad y las estrategias de afrontamiento negativas

Lograr el aumento en los niveles de las estrategias de afrontamientos positivas

4 ESCENARIO

El estudio tuvo lugar en la Policlínica Doctor Horacio Díaz Gómez ubicada en Santiago capital de la provincia de Veraguas

Los primeros servicios que se brindaron en la provincia de Veraguas por parte de la Caja de Seguro Social se remontan al año de 1947 Entre los servicios que se brindaban tenemos los de medicina general odontología y los medicamentos que los suministraba las farmacias privadas

En agosto de 1954 mediante el Decreto Ley No 14 se incorpora al regimen obligatorio de seguridad social al distrito de Santiago se instala una oficina administrativa de la Caja de Seguridad Social

Con el pasar del tiempo y a consecuencia del crecimiento de la población asegurada en la provincia, se hizo necesaria la creación de la Policlínica de la Caja de Seguro Social (así fue su nombre inicial) la cual inicia sus labores el día 24 de julio de 1960 para atender una población asegurada de 2 141 usuarios en ese entonces

La Policlínica de la Caja de Seguro Social de Veraguas que luego se denominó Policlínica Doctor Horacio Díaz Gómez en honor al primer director médico que ocupó este cargo comenzó a brindar servicios de atención médica, farmacia laboratorio odontología, radiología y servicios administrativos el 24 de julio de 1960

Esta Policlínica comenzó a funcionar en primera instancia como una agencia de servicios en donde los patronos se acercaban a cubrir sus cuotas así mismo prestaba servicios de salud a los asegurados

Posteriormente con el aumento de la población estas estructuras se quedaron pequeñas por lo que se separan los servicios especializados y se reestructuran sus instalaciones para tal fin

De esta forma mediante la modernización de los servicios de salud de la Caja de Seguro Social del licenciado Ricardo Martinelli nace la inquietud de la construcción de una nueva y moderna estructura para albergar y brindar todos los servicios de esta policlínica

Así se inicia una nueva época y se construye la moderna Policlínica Dr Horacio Díaz Gómez en un terreno de la Institución ubicada en Paso de Las Tablas de Santiago de Veraguas y fue inaugurada el 27 de agosto de 1999

La nueva policlínica Dr Horacio Díaz Gómez está ubicada en el área conocida como las Lajitas Consta de 55 consultorios de medicina (30 medicina general) dispone de un cuarto de urgencias con 2 cubículos de atención, más inyectables farmacia, área crítica, cuarto de yeso Cuarto de sutura, inhalo terapia y 12 camas de observación Cuenta con tres quirófanos 25 camas para atención de corta estancia Tiene todos los servicios técnicos (laboratorio farmacia radiología fisioterapia)

La Policlínica Dr Horacio Diaz Gomez cuenta con 600 funcionarios que laboran en turnos rotativos de 7 00 a m a 6 00 p m Se brindan los servicios de medicina general ortopedia, fonoaudiología pediatría enfermería cirugía general neumología

cardiología, otorrinolaringología patología psiquiatría, medicina familiar alergología oftalmología, medicina interna cirugía plástica, ginecología odontología, salud ocupacional, clínica de herida, estimulación temprana urgencia trabajo social entre otras

Esta policlinica tiene un organigrama complejo por la multiplicidad de sus funciones Está bajo la dirección de un médico que tiene que ver con todos los problemas de la unidad ejecutora, principalmente los problemas de la parte médico y técnica

Por otro lado existe una administración que tiene la responsabilidad de la parte administrativa de la instalación y suministrar los insumos necesarios para que la parte técnica pueda realizar sus funciones

Podemos mencionar que la cantidad aproximada de los funcionarios que laboran en la Caja de Seguro Social en Veraguas es de mil funcionarios (Hospital Ezequiel Abadía de Sona Policlínica Dr Horacio Díaz Gómez ULAPS Alberto Leon y CAPPS de Zapotillo)

La policlinica Horacio Díaz Gómez brinda a la población asegurada los siguientes programas de salud de adultos Diabéticos hipertensos pensionados jubilados y tercera edad obesidad maternal adolescentes entre otros

Actualmente el 1 de octubre de 2013 se inauguró la moderna sala de hemodiálisis que brinda el servicio de diálisis a un aproximado de 56 pacientes de la región

II MARCO TEÓRICO

I ANTECEDENTES

La hipertensión arterial ha sido muy estudiada en todas las sociedades bajo diferentes métodos y diversas condiciones de tratamiento evidenciándose así la influencia de factores psicológicos que afectan el estado físico del paciente hipertenso

En nuestro medio Dominguez L (2007) realizó un estudio cuasi experimental con grupo control y experimental donde valoró la efectividad de una intervención cognitiva conductual en el grupo experimental aplicada a pacientes hipertensos que presentaban estrés ansiedad y dificultad en el manejo de su enfermedad con el objetivo de que estos pudieran mejorar sus estados de estrés de ansiedad y de adaptación como pacientes hipertensos La muestra estuvo integrada por 20 pacientes hipertensos asignados en dos grupos el control y el experimental El tratamiento fue ofrecido en 12 sesiones dos veces por semana con una duracion de dos horas cada sesión Se encontró evidencia estadística de que los pacientes del grupo experimental disminuyeron sus niveles de estrés y de ansiedad despues del tratamiento en comparacion con el grupo que no recibio terapia

Arbulu Neira A en el 2008 llevó a cabo una investigación que tenia por objetivo determinar la relación entre el Patrón de Conducta Tipo A y las Estrategias de Afrontamiento en 105 pacientes hipertensos atendidos en el Hospital Luis Albrecht Trujillo Peru Para tal efecto se aplicó la Escala de Framingham para la medida del Patrón de Conducta Tipo A y el Inventario de Estrategias de Afrontamiento de D L Tobin adaptado al español por Peralta, Figueroa, Recassens Tous y Raich Se empleo el metodo descriptivo correlacional y el diseño transversal dando como resultados del total de pacientes con nivel alto de patrón de conducta Tipo A el 43 3% usó frecuentemente la técnica de afrontamiento centrada en el cambio resolución de problemas y el 30 0% la usó con muy poca frecuencia mientras que del total de pacientes hipertensos con nivel bajo de patrón de conducta Tipo A, el 68 8% la uso frecuentemente y sólo el 12 5% muy poca frecuencia Se encontró que existe una correlación directa altamente significativa entre el Patrón de Conducta Tipo A y las Estrategias de Afrontamiento Centradas en el

Estancamiento y una correlación inversa estadísticamente significativa entre dicho Patrón y las Estrategias de Afrontamiento Centradas en el Cambio

En el 2009 Bernal T C et al realizaron un estudio con el objetivo de identificar las estrategias de afrontamiento que presentan los pacientes con hipertensión e hipotensión. El estudio fue de tipo analítico de casos y controles con 106 pacientes (34% hombres 66% mujeres) de los cuales 55.7% son hipotensos y 44.3% hipertensos a quienes se les aplicó el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento Modificado. Se encontraron diferencias en las estrategias de afrontamiento que utilizan los pacientes con presión arterial alta y baja, siendo la solución de problemas la estrategia de mayor uso reportada por los hipertensos ($p < 0.05$) y la búsqueda de apoyo profesional ($p < 0.05$) y reevaluación positiva ($p < 0.01$) las más reportadas por los hipotensos. Y al ajustar por género fue esta última estrategia en la que se encontró diferencia significativa.

Estos hallazgos aunque preliminares están de acuerdo con la hipótesis de que en respuesta al estrés los hipotensos presentan tendencia a la huida y los hipertensos a la confrontación.

Por su parte en Medellín Colombia Cea Brazal y Gonzalez Pinto (2001) buscaron una relación entre estrategias de afrontamiento como un estilo en el sujeto y la presión arterial y encontraron que en las personas hipertensas prevalecen estrategias de afrontamiento cognitivas y buscan menos apoyo emocional en los demás.

Agregan que existe una relación inversa entre el estilo centrado en la respuesta (donde se incluyen estrategias de afrontamiento como la reevaluación positiva, supresión de las actividades distractoras y refrenar el afrontamiento) y la hipertensión.

En Costa Rica Holst S F y Quiróz M D (2010) realizaron un estudio cuasi experimental con un diseño pre pos de un solo grupo en donde implementaron la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) sobre los niveles de hipertensión arterial, estrés, ira y ansiedad. Se trabajó con un total de cuatro participantes todos hipertensos de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) de San Miguel de Sarapiquí, Costa Rica.

Rica Estos pacientes se escogieron al azar entre la lista de hipertensos con riesgos A o B aportada por los funcionarios de dicho EBAIS

Se realizaron ocho sesiones de trabajo tanto individuales como grupales En la primera sesión se valoraron los niveles de tensión arterial (por medio de esfigmomanómetro manual) ansiedad ira y estrés de los sujetos Posteriormente se trabajó en función de los resultados obtenidos en dicha valoración durante seis sesiones una vez por semana con una duración promedio de 90 minutos En la sesión final se repitieron las evaluaciones realizadas en la primera sesión Se tomo la presión arterial de los involucrados en la sesión 1 y sesión 8 de trabajo Los pacientes presentaban una elevación de las cifras de presión arterial en la primera toma Una vez concluido la intervención psicológica se encontro una disminución en los niveles de tensión arterial estrés ira y ansiedad posterior a la aplicación de la TREC en los pacientes hipertensos

En Madrid España Magán U I en el año 2010 realizó una tesis doctoral con el objetivo de analizar las diferencias en el perfil psicológico entre personas con niveles adecuados de presión arterial (PA) y aquellas con hipertensión arterial esencial (HTA E) La muestra final se compuso de un total de 94 participantes que se repartían de forma relativamente heterogénea en cuanto a sexo y edad, puesto que el 56% eran mujeres (53 participantes) y el rango de edad era suficientemente amplio al oscilar entre los 38 y los 77 años

Estos 94 participantes se dividieron inicialmente en dos grupos diferentes siguiendo una serie de criterios de inclusión y exclusión grupo de normotensión y grupo de HTA E Las personas con niveles adecuados de PA o normotensión eran aquellas que no presentaban un diagnóstico de HTA ni tomaban fármacos antihipertensivos para controlar la PA, así como presentaban niveles medios tanto de la PAS como de la PAD clínica y automedida adecuados (<140/90 mmHg y <135/85 mmHg respectivamente) Por el contrario se consideró que se presentaba HTA E cuando había un diagnóstico de HTA no debida a causa orgánica o se seguía un tratamiento farmacológico antihipertensivo o se

presentaban niveles inadecuados en la PA clínica ($\geq 140/90$ mmHg) o en la PA automedida ($\geq 135/85$ mmHg)

En relación con ello se ha encontrado que las personas con HTA E en comparación a las personas con normotensión presentan mayores niveles de expresión interna de ira mayor numero de pensamientos de afrontamiento en la ira y mayor nivel de ansiedad aunque esta diferencia unicamente aparece cuando se comparan pacientes con HTA E no controlada no cuando se comparan pacientes con HTA E controlada

En Rosano Argentina, en el año 2012 Rodriguez A con el objetivo de evaluar las estrategias de afrontamiento en pacientes que padecen enfermedades crónicas tales como diabetes mellitus hipertensión arterial la muestra se recolectó mediante una técnica de muestreo no probabilístico y la misma estuvo compuesta por 120 personas provenientes de la capital federal y la Conurbana Bonaerense de distintas obras sociales Se aplico el cuestionario de estrategias de afrontamiento de CSI de Tobin Holroyd Reynolds and Kigal 1989 readaptado por Cano Garcia en el 2007

Se encontró que los pacientes con diabetes mostraron no solo estrategias mas positivas sino mayor esperanza frente a la vida En cambio los pacientes con hipertensión arterial mostraron estrategias más negativas como por ejemplo retirada de amigos y familiares distorsión de la realidad autculpa y baja tolerancia al estrés

2 Presión arterial

2.1 Definición

El aparato cardiovascular es un complejo conjunto de conductos en forma de circuito cerrado por los que circula la sangre en el organismo compuesto por el corazón y por el sistema circulatorio El corazón es el órgano vital encargado de bombear la sangre necesaria a todas las partes de nuestro organismo para transportar y aportar el oxígeno y los nutrientes necesarios que este requiere para poder vivir a través del sistema circulatorio es decir las arterias los vasos sanguíneos y los capilares

La presión arterial (PA) es una respuesta fisiológica automática, que podría definirse como

La fuerza con la que la sangre es bombeada por el corazón y con la que fluye por nuestro sistema circulatorio en función de los ciclos del propio latido cardiaco (sístole y diástole o de contracción y relajación del musculo respectivamente) (Blanchard E B M et al 1988)

Garcia Vera y Sanz, 2000 señalan que dicha respuesta está implicada en las principales funciones del organismo (respiración nutrición defensa, limpieza transporte de sustancias regulación termica o de los liquidos corporales) La PA fluctua de forma ritmica en relación con los ciclos del corazon como ya se ha comentado y segun el modelo de regulación de la PA, estaria controlada por dos parámetros que interactuan entre si la salida cardiaca y la resistencia periferica (Blanchard et al 1988) La salida cardiaca es la fuerza con la que el corazón bombea la sangre durante el movimiento sistolico o de contracción cardiaca y por tanto depende de la frecuencia o tasa cardiaca y del volumen de sangre expulsado al torrente sanguineo Por otro lado la resistencia periferica seria la resistencia que oponen los vasos sanguineos cuando fluye por ellos la sangre en función de su elasticidad y dilatacion durante la diastole o reposo cardiaco entre un latido y otro (Fernández Abascal 1993)

En consecuencia, la PA (Presión Arterial) posee dos estimaciones la PA sistólica (PAS) o máxima, que se correspondería con la presión que la sangre ejerce sobre las arterias cuando fluye por estas dependiendo como su nombre indica, de la sistole cardiaca y por tanto sometida a mayor variación y la PA diastólica (PAD) o mínima que vendria determinada por la resistencia que los vasos sanguineos ejercen cuando la sangre fluye por ellos durante el movimiento diastólico o reposo del corazón (Fernández Abascal 1993 Garcia Vera et al 2000)

Dada la definición de PA, el parámetro de medicion de esta variable es una unidad fisica de presion milímetros de mercurio (mmHg) Así por ejemplo se especificarian los niveles de PA de una persona en un momento dado como 120/85 mmHg para la PAS y la PAD respectivamente (Garcia Vera et al 2000)

Como ocurre con otras respuestas fisiológicas como la respiración la PA varía constantemente en función de las diferentes demandas tanto internas del organismo como externas del ambiente o la situación (clima, postura, ejercicio físico, alimentación, emociones, estrés, etc.) lo que asegura un óptimo funcionamiento así como facilita una mejor adaptación a las diferentes situaciones de la vida cotidiana. Sin embargo, a diferencia de otras resultantes como de nuevo puede ser la respiración, es asintomática, es decir, no somos conscientes de los niveles de PA que tenemos en cada momento, lo cual indica la importancia de su control por diversos métodos (García Vera et al 2000). Dada su constante fluctuación, lo importante son los niveles medios que tiene una persona y se consideran niveles óptimos de PA los inferiores a 120/80 mmHg, aunque serían normales cuando el nivel de PA es menor de 30/85 mmHg para la PAS y la PAD respectivamente.

2.2 La hipertensión arterial

2.2.1 Definición

La hipertensión es un factor de riesgo cardiovascular muy prevalente en el mundo y especialmente abrumador en los países de bajos y medianos ingresos. Informes recientes de la OMS y del Banco Mundial destacan la importancia de las enfermedades crónicas tales como la hipertensión como obstáculo al logro de un buen estado de salud.

La hipertensión arterial ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud como la

Elevación de las cifras de tensión arterial por encima de 120 mm de Hg (presión sistólica) y 80 mm de Hg (presión diastólica) tomada al menos en tres ocasiones y en condiciones basales (Stein JJ 1994)

La hipertensión arterial (HTA) es un síndrome caracterizado por elevación de la presión arterial (PA) y sus consecuencias. Sólo en un 5% de casos se encuentra una causa (HTA secundaria) en el resto no se puede demostrar una etiología (HTA primaria) pero se cree cada día más que son varios procesos aún no identificados y con base genética los

que dan lugar a elevación de la PA La HTA es un factor de riesgo muy importante para el desarrollo futuro de enfermedad vascular (enfermedad cerebro vascular cardiopatía coronaria insuficiencia cardíaca o renal)

2.3 La hipertensión arterial como un problema de salud pública

La hipertensión arterial (HTA) es un problema de salud enormemente alarmante lo que refleja la Organización Mundial de la Salud (OMS SIH 1999) al establecer el control y la reducción de los niveles elevados de presión arterial (PA) como objetivo prioritario de la salud pública mundial

Se considera que la hipertensión es un problema de salud pública por dos razones la elevada prevalencia y su condición de principal factor de riesgo cardiovascular (RCV) La HTA presenta una elevada prevalencia, especialmente en los países occidentales y más industrializados donde es el problema de salud más frecuente se estima que el 30% de la población mundial lo padece (OMS SIH 2003)

La PA elevada es el factor más importante de Riesgo Cardio Vascular (RCV) puesto que es responsable del 62% de los problemas cerebro vasculares y del 49% de las enfermedades cardiovasculares (OMS SIH 2003) La importancia de este dato radica en el hecho de que las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de mortalidad global al explicar el 33% de las muertes mundiales (OMS SIH 2003) Sin embargo no solo se ha constatado que es el principal factor de RCV sino también que la HTA es la causa más importante de morbilidad y mortalidad global es decir para todas las causas de muerte se estima que explicaría unos 7 millones de muertes (OMS SIH 2003)

2.4 Tipos de hipertensión arterial

Se pueden reconocer los siguientes tipos de hipertensión arterial

2 4 1 Hipertensión esencial, primaria o idiopática

Definida como aquella cuyo origen no puede determinarse la hipertensión arterial esencial (HTA E) es aquella en la que no se encuentra una causa orgánica sino funcional. Es la confluencia de diversos factores (biológicos hábitos de salud, estrés emociones) lo que determina su aparición. Este tipo de HTA es el más frecuente puesto que el 90-95% de las personas que la padecen es de tipo esencial primaria o funcional.

Se sabe actualmente que la hipertensión esencial se debe a una interacción de factores genéticos y ambientales que afectan el gasto cardíaco la resistencia periférica o ambas.

2 4 2 Hipertensión arterial secundaria o sintomática

La HTA secundaria es aquella en la que se encuentra una causa orgánica definida (problemas renales de tiroides síndrome de Cushing o apnea, entre otros). Sin embargo esta sólo aparece en un pequeño grupo de las personas que padecen HTA estimado aproximadamente en un 10% (SEH SEC 2007).

2 4 3 Hipertensión sistólica aislada

Es la presión arterial sistólica (PAS) constantemente ≥ 140 mm Hg con presión arterial diastólica (PAD) < 90 mm Hg. Como la PAS tiende a subir con la edad la prevalencia de la hipertensión sistólica aumenta con la edad y por encima de los 60 años de edad representa una forma común de hipertensión. Se ha acumulado sólida evidencia acerca de la importancia de la PAS como factor de riesgo mayor para las enfermedades cardiovasculares (Sega R et al 2001).

2.5 Clasificación de presión arterial

De acuerdo a las clasificaciones propuestas por el Séptimo informe del Comité Nacional Conjunto sobre la prevención, detección, evaluación y tratamiento de la presión arterial elevada, las pautas europeas para el manejo de la hipertensión (Sanchez R et al 2010) y el consenso latinoamericano sobre hipertensión arterial como se muestra en el Cuadro 1 la hipertensión se diagnostica cuando la presión arterial es $\geq 140/90$ mmHg. Por encima de este valor se puede dividir a la hipertensión en grado 1, 2 ó 3.

Esta clasificación también se aplica a la hipertensión sistólica aislada que debe ser diagnosticada y tratada sobre todo en los pacientes mayores.

Tabla 1 Clasificación de la Presión Arterial

PRESION ARTERIAL	
Óptima	< 120/80mmHg
Normal	120/80 - 129/84 mmHg
Normal alta	130/85 - 139/89 mmHg
Hipertensión grado 1	140 - 159/90 - 99 mmHg
Hipertensión grado 2	160 - 179/100 - 109 mmHg
Hipertensión grado 3	$\geq 180/110$ mmHg
Hipertensión sistólica aislada	$\geq 140/< 90$ mmHg

Fuente: Guías latinoamericanas de hipertensión arterial pág 121

2.6 Factores de riesgo para el desarrollo y mantenimiento de la hipertensión arterial

A pesar del gran volumen en investigación en relación con el problema de la PA crónicamente elevada, sus causas y mecanismos explicativos aun no están bien

establecidos Aunque se reconoce que la HTA es una condición de origen multifactorial por ello se considera un trastorno psicofisiológico

Tradicionalmente se ha abordado desde una perspectiva eminentemente biomédica, relegándose a un segundo plano los factores psicosociales lo cual reduce la capacidad predictora y explicativa de los modelos sobre el desarrollo y el mantenimiento de la HTA. Sin embargo parece que este panorama está cambiando y es más alentador puesto que se ha comenzado a reconocer la necesidad de una investigación multidisciplinar sobre las variables tanto biomédicas como psicosociales que facilitan su desarrollo y mantenimiento para así contribuir a la cuantificación de la influencia de cada uno de ellos y al esclarecimiento de los mecanismos explicativos de la aparición y mantenimiento de la PA crónicamente elevada (Staessen J A 2003)

En general los múltiples factores contribuyentes a la aparición y mantenimiento de esta condición se podrían dividir en tres grandes categorías factores biológicos clásicos factores comportamentales de riesgo asociado (hábitos de alimentación consumo de tabaco alcohol café falta de ejercicio físico) y los factores psicológicos que incluirían tanto los efectos del estrés sobre el sistema cardiovascular como variables individuales de tipo disposicional (hostilidad e ira como rasgo estilo de afrontamiento) y emociones negativas como la ira, la ansiedad o la depresión (Donker F J 1991)

2.6.1 Los factores biomédicos clásicos y la hipertensión arterial

Los factores biomédicos clásicos parecen determinantes en el desarrollo de la HTA E y se subdividen en dos grandes categorías no modificables (características genéticas) y modificables (factores metabólicos y ambientales)

La interacción entre estos factores origina los denominados fenotipos intermedios mecanismos que determinan el fenotipo final hipertensión arterial a través del gasto cardíaco y la resistencia vascular total los fenotipos intermedios incluyen entre otros el

sistema nervioso autónomo el sistema renina angiotensina factores endoteliales hormonas vasopresoras vasodepresoras y el volumen líquido corporal

2 6 1 1 Los factores biomédicos clásicos no modificables

Los factores biomédicos clásicos de riesgo para la HTA no modificables serían la edad el sexo y los antecedentes familiares de problemas cardiovasculares tempranos

2 6 1 1 1 La edad el sexo

La edad y el sexo son sin duda variables nucleares en la etiología de la PA crónicamente elevada porque el mecanismo homeostático que regula los niveles de PA presenta su propio patrón de evolución a lo largo del ciclo vital del individuo así como características específicas en función del sexo. En general los varones y las personas de mediana edad presentan un mayor riesgo de desarrollar HTA (Elliot H 2006)

2 6 1 1 2 La historia genética familiar de problemas cardiovasculares

Se ha constatado que la historia familiar de problemas cardiovasculares prematuros (en familiares de primer grado varones menores de 55 años y mujeres menores de 65 años) es un factor etiológico de la PA crónicamente elevada que podría ser la evidencia de un probable componente genético aun no demostrado subyacente al desarrollo de HTA. Según Elliot H (2006) dicho componente genético influiría sobre los principales mecanismos fisiológicos encargados del control de la PA (tono vagal función renal homeostasis del sodio y sistema renina – angiotensina) lo cual establecería los cimientos para la aparición y mantenimiento de la PA crónicamente elevada. No obstante como reconoce este autor no puede olvidarse que una misma familia no sólo comparte factores genéticos sino también el contexto ambiental.

2 6 1 1 3 Raza

La hipertensión arterial tiene mayor incidencia en negros y latinos (Cooper 1990)
La raza negra presenta la mayor prevalencia de hipertensión cuando es comparada con la blanca sin embargo en Africa la prevalencia es similar a la del resto del mundo

2 6 1 2 Los factores biomédicos clásicos modificables

Los factores biomédicos modificables son los factores metabólicos como el sobrepeso u obesidad con especial atención a la obesidad abdominal los trastornos lipídicos así como los niveles de glucosa y la diabetes

2 6 1 2 1 El sobrepeso la obesidad la obesidad abdominal

La influencia del sobrepeso u obesidad como variable contribuyente a la aparición de la HTA ha sido ampliamente comprobada El índice de masa corporal (IMC) como indicador de sobrepeso ($25 \leq IMC < 29$) u obesidad ($IMC \geq 30$) es uno de sus principales determinantes (Elliot H 2006)

2 6 1 2 2 Los trastornos lipídicos

Otro de los factores contribuyentes a las elevaciones crónicas de la PA constatado empíricamente son los denominados trastornos lipídicos o dislipemia es decir la presencia de niveles constantemente elevados de colesterol total (≥ 240 mg/dl) colesterol LDL (> 160 mg/dl) o triglicéridos (> 150 mg/dl) y constantemente bajos de colesterol HDL (< 40 o 45 mg/dl para hombres y mujeres respectivamente) (Elliot H 2006)

2 6 1 2 3 El nivel de glucosa en sangre la diabetes

El último de los parámetros metabólicos que se ha constatado empíricamente como factor contribuyente a la aparición y mantenimiento de la HTA es el nivel elevado de

glucosa en sangre y especialmente la diabetes que además es un factor independiente de RCV de gran importancia, ya que duplica dicho riesgo (Elliott, H 2006)

2 6 1 2 4 El consumo de alcohol

El consumo mantenido de alcohol en cantidades elevadas es decir mas de dos bebidas alcohólicas diarias en hombres y de una en mujeres supone uno de los factores de riesgo modificables para el desarrollo y mantenimiento de la HTA E más importantes

2 6 1 2 5 El consumo de tabaco

A pesar de que el consumo mantenido de tabaco es uno de los factores más importantes de RCV al incrementar en 4 5 veces el riesgo de padecer cualquier enfermedad cardiovascular efectivamente el consumo de tabaco supone elevaciones agudas de la PA así como se evidencia que los fumadores presentan niveles algo más elevados que los no fumadores (Narkiewicz K et al 2005)

2 6 1 2 6 Los hábitos de alimentación

En general se ha constatado la importancia de la dieta habitual como factor contribuyente al desarrollo y mantenimiento de la HTA

2 7 Los factores psicológicos y su influencia en la hipertensión arterial

Además de los factores psicosociales se ha constatado la relevancia de los factores más puramente psicológicos como variables contribuyentes al desarrollo y mantenimiento de la HTA son los efectos del estrés sobre el sistema cardiovascular así como variables psicológicas individuales como las emociones negativas (ira y hostilidad, ansiedad o depresión) o las habilidades de afrontamiento al estrés (Donker 1991)

2 7 1 El estrés y la hipertensión arterial esencial

A pesar de que se reconoce que el estrés es el principal factor psicológico contribuyente al desarrollo y mantenimiento de la PA crónicamente elevada (SEH 2004) los resultados aun hoy son contradictorios y no está claro su mecanismo de influencia

Efectivamente en múltiples revisiones se constata que un alto nivel de estrés cotidiano (laboral o familiar) predice el desarrollo de HTA (Friedman R et al 2001) No obstante esta relación se encuentra moderada y mediada por múltiples variables tanto biológicas como psicosociales

El estrés puede causar síntomas físicos aunque no exista enfermedad orgánica El cuerpo responde fisiológicamente al estrés emocional Por ejemplo el estrés puede causar ansiedad que a su vez activa el sistema nervioso autónomo y las hormonas como la adrenalina aumentan el ritmo cardiaco la presión arterial y la cantidad de sudor El estrés también puede causar tensión muscular que producirá dolores en el cuello la espalda, la cabeza o en otros lugares (El manual Mereck 1994)

Cuando se habla del estrés como factor en el curso de la hipertensión no podemos olvidar el modelo biológico (Cooper 1990) Cuando experimentamos estrés el sistema nervioso simpático automáticamente incrementa la producción de varias secreciones incluyendo la hormona epinefrina o adrenalina de la glándula suprarrenal La epinefrina produce lo que se denomina respuesta de ataque – defensa al estrés esto implica determinados cambios físicos como un incremento de la frecuencia cardiaca y un aumento de la respiración Además esta hormona provoca la constricción de los vasos sanguíneos y hace elevar la presión arterial (Cooper 1990)

El estrés no solo se haya en el entorno ni es consecuencia exclusiva de las características de la personalidad, sino que depende de un tipo particular de relación persona – medio

Si hay estrés las emociones están presentes las cuales cobran mucha importancia en nuestro bienestar psicológico físico y en el funcionamiento social. Por tanto no podemos tratar al estrés y la emoción como cosas diferentes sino que estas se influyen mutuamente (Lazarus 2000)

2.7.2 Manejo del estrés

Se relaciona con el modo en que las personas resuelven o se sobreponen a las condiciones vitales que les son estresantes (Lazarus 2000). Desde la perspectiva de Lazarus el estrés y el manejo son recíprocos de esta manera cuando el manejo no es efectivo el estrés es alto y viceversa.

Estudios han demostrado que no existe una estrategia de manejo generalmente que no resulte efectiva para las personas sino que más bien estas dependen de las personas y un principio clave es que la elección de una estrategia de manejo para el estrés depende de la adaptación y los requerimientos que el estrés demanda.

2.7.3 La ansiedad y la hipertensión arterial

La ansiedad es otra de las variables emocionales que se ha postulado como posible contribuyente al desarrollo y mantenimiento de la PA crónicamente elevada. Estudios transversales y longitudinales han hallado que los pacientes con HTA presentan mayores puntuaciones en ansiedad que personas con niveles de PA normales. Aunque no todos los estudios encuentran una relación entre altos niveles de ansiedad y altos niveles de PA.

La ansiedad es básicamente un mecanismo defensivo una respuesta de alerta ante situaciones consideradas amenazantes. La función de la ansiedad es movilizar al organismo y mantenerlo alerta y dispuesto para intervenir frente a los riesgos y amenazas de forma que no se produzcan o perjudiquen. La ansiedad pues nos empuja a tomar las medidas convenientes (huir atacar neutralizar afrontar adaptarse etc) según el caso y la

naturaleza del riesgo o del peligro El peligro viene dado por la obstaculización de cualquier proyecto o deseo importante para nosotros o bien por la degradación de estatus o logros ya conseguido Sin embargo en algunos casos este mecanismo funciona de forma alterada, es decir produce problemas de salud y en lugar de ayudarnos nos incapacita (Guillamón y Baeza 2004)

En la actualidad se estima que un 20 5% o más de la población mundial sufre de algún trastorno de ansiedad generalmente sin saberlo

La ansiedad se puede manifestar de tres formas diferentes a través de síntomas fisiológicos cognitivos y conductuales Estos hacen referencia a tres niveles distintos los cuales pueden influirse unos en otros es decir los síntomas cognitivos pueden exacerbar los síntomas fisiológicos y estos a su vez disparar los síntomas conductuales Cabe notar que algunos síntomas de la ansiedad suelen parecerse superponerse o confundirse con los de padecimientos no mentales tales como la arritmia cardíaca o la hipoglucemia y muy especialmente con los de la enfermedad celiaca (EC) y los de la sensibilidad al gluten no celiaca (SGNC)

Los síntomas de ansiedad son muy diversos y tal vez los más comunes consistan en hiperactividad vegetativa que se manifiesta con taquicardia taquipnea midriasis sensación de ahogo temblores en las extremidades sensación de pérdida de control o del conocimiento transpiración náusea, rigidez muscular debilidad muscular insomnio inquietud motora dificultades para la comunicación pensamientos negativos y obsesivos (Guillamon y Baeza 2004)

2 7 3 1 Manejo de la ansiedad

Además del tratamiento farmacológico existen muchas técnicas terapéuticas pertenecientes a modelos cognitivos conductuales para manejar los síntomas de la ansiedad entre estas podemos mencionar la terapia cognitiva conductual la terapia racional emotiva

conductual que utilizan técnicas encaminadas al control y cambio de pensamientos negativos que precipitan la aparición de los síntomas de la ansiedad

2 7 4 La depresión y la hipertensión arterial

La depresión tanto la sintomatología depresiva subclínica como el episodio depresivo mayor es un factor de Riesgo Cardio Vascular (RCV) constatado empíricamente y en los últimos años se han encontrado evidencias empíricas que apuntan en la misma dirección con relación a la predicción de niveles crónicamente elevados de PA. Sin embargo de nuevo los resultados son no concluyentes. Si bien ciertos autores no encuentran una relación predictora significativa como es el caso del estudio de Friedman et al (2001) otros trabajos longitudinales encuentran que la presencia de depresión clínica o sintomatología depresiva supone incrementos de la probabilidad de riesgo de padecer HTA que oscilan entre 1.5 y 2.2 (Jonas y Lando 2000)

2 8 Clasificación diagnóstica de la hipertensión arterial

El individuo se concibe como un sistema dinámico complejo en estado de equilibrio inestable que actúa y reacciona en función de todo cambio exterior o interior. Cuando sobreviene un trastorno es decir cuando se altera la homeostasis ese sistema está sujeto a diversas perturbaciones.

Cuando hablamos de procesos psicológicos y de procesos fisiológicos no hacemos más que adoptar diferentes puntos de vista para designar un fenómeno unitario. En este sentido no hay enfermedades psicógenas ni somatógenas sino simplemente enfermedades. Estas circunstancias exigen que se tenga la suficiente amplitud de criterio para comprender todos los factores fundamentales que intervienen en la enfermedad sean sociales, culturales y psicológicos o bien orgánicos y hereditarios.

De hecho la medicina psicosomática esta interesada principalmente entre la interacción de variables fisiológicas y psicosociales en la enfermedad es decir las emociones y la enfermedad así como su etiología haciendo uso del modelo medico lo cual enfatiza un modelo biopsicosocial (Reynoso y Seligson 2005 citado por Dominguez, 2007)

De lo dicho anteriormente se desprende que el adjetivo psicosomático tal como se emplea en la actualidad tiene un doble significado Su sentido cuando se aplica a la medicina, es el que se acaba de indicar pero aplicado a trastornos como la hipertensión la ulcera péptica y el asma, alude a factores psicológicos a los que se le atribuye una importancia primordial

El grado de influencia de los factores psicológicos y biograficos en la etiologia de los distintos trastornos es probablemente muy variable Actualmente se tiende a asociar la genesis desarrollo y mantenimiento de los trastornos psicofisiologicos con una pluralidad de agentes entre los que cabe destacar el tipo de dieta, la ingesta de sal el consumo de alcohol y tabaco aspectos ambientales el estilo de vida, el sedentarismo la forma de afrontamiento del sujeto al estres factores genéticos características de personalidad la ansiedad la ira y/o la hostilidad factores cognitivos etc Mas aun, la defensa de una aproximación etiológica multicausal de la enfermedad desdibuja el concepto clásico de trastorno psicofisiológico ya que no haria referencia a un grupo distinto o aislado de enfermedades sino a todas aquellas alteraciones físicas que son precipitadas agravadas o prolongadas por factores psicológicos (Tobal et al 1994)

2 8 1 Factores psicológicos que afectan al estado físico

Los sistemas de clasificación vigentes DSM IV y CIE 10 recogen la idea de que los factores psicológicos son importantes en la mayoría de las enfermedades Así al describir los trastornos psicofisiológicos no hace referencia a un grupo distinto de enfermedades sino a aquellas alteraciones físicas que son precipitadas agravadas o

prolongadas por factores psicológicos Esta misma idea es recogida por el capítulo V sobre Trastornos Mentales y del Comportamiento de la 10 edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) en la cual el término psicósomático no se utiliza ya que puede implicar que los factores psicológicos no jueguen un papel en el desencadenamiento curso y evolución de otras enfermedades no descritas como psicósomáticas (Tobal et al 1994)

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV TR 2001) explica las características diagnósticas de la siguiente manera

Presencia de uno o más factores psicológicos o de comportamiento específicos que afectan de un modo adverso al estado médico general Las formas en que estos factores pueden afectar negativamente al estado físico son variadas pueden influir en el curso de la enfermedad o pueden interferir en su tratamiento Los factores constituyen un riesgo adicional para la salud del individuo o precipitan o exacerban los síntomas de la enfermedad al provocar respuestas fisiológicas relacionadas con el estrés

Los criterios diagnósticos que se especifican en el DSM IV TR son los siguientes

A Presencia de una enfermedad médica codificada en el eje III

B Los factores psicológicos afectan negativamente a la enfermedad médica en alguna de estas formas

- ☛ Los factores han influido el curso de la enfermedad médica como puede observarse por la íntima relación temporal entre los factores psicológicos y el desarrollo o la exacerbación de la enfermedad médica o el retraso de su recuperación
- ☛ Los factores interfieren en el tratamiento de la enfermedad médica
- ☛ Los factores constituyen un riesgo adicional para la salud de la persona
- ☛ Las respuestas fisiológicas relacionadas con el estrés precipitan o exacerban los síntomas de la enfermedad médica

Entre los trastornos sobre los que existe una mayor evidencia de la implicación de factores psicosociales encontramos la enfermedad coronaria la hipertensión la taquicardia la enfermedad de Raynaud la úlcera el síndrome de intestino irritable la colitis ulcerosa, el asma la dermatitis las cefaleas etc

2 9 Tratamiento de la hipertensión arterial

En los pacientes hipertensos el propósito primario del tratamiento es lograr la mayor reducción del riesgo cardiovascular total a largo plazo manteniendo una buena calidad de vida Esto requiere tratamiento de los valores elevados de PA como también de todos los factores de riesgo asociados reversibles para disminuir el riesgo CV asociado Así cualquier reducción en la PA aunque no sea óptima, ayuda a disminuir el riesgo total Sin embargo la PA se debe disminuir por lo menos a 140/90 mmHg (sistólica/diastólica) y a cifras aun menores según tolerancia en todos los pacientes hipertensos (Mancia G 2007 Citado por Magan U I 2010)

2 9 1 Tratamiento farmacológico

En la actualidad se dispone de gran variedad de fármacos antihipertensivos que permiten seleccionar la terapéutica adecuada, según el tipo de paciente Los antihipertensivos no deben emplearse como sustitutos de las medidas no farmacológicas sino como complemento de las mismas

2 9 2 Tratamiento no farmacológico

Esta dirigido a disminuir la ingesta de sodio alcohol y la grasa de origen animal (poli saturada en lugar de saturada) a la conservación del peso ideal aporte dietético de potasio calcio y magnesio asociando todas estas medidas al cambio de estilo de vida como son la práctica de ejercicios físicos isotónicos y la psicoterapia de la conducta que incluye la autorrelajación biorretroalimentación y la meditación

Estas medidas son muy beneficiosas en la mayoría de los hipertensos y en especial en los grupos limitrofes ligeros y en los ancianos. Es necesario un plan de prevención primaria para toda la comunidad que promueva estilos de vida saludable aplicables a los que tienen HTA y a los que no la presentan. Los hábitos nocivos a la salud son difíciles de erradicar y necesitan de voluntad, terapia especializada y apoyo psicológico.

Se han realizado estudios donde se ha evidenciado la relación entre el componente conductual y la hipertensión arterial. Sommers y Greenberg (1989) encontraron que los individuos hipertensos presentaban dificultades con la expresión de la cólera y mayor ansiedad interpersonal, así como un uso más frecuente de mecanismos defensivos con respecto a sus experiencias emocionales.

Es claro que las emociones y el estrés tienen una importante función adaptativa. Sin embargo, Molerio y García (2004) afirman 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.

Las técnicas y modelos cognitivo conductuales de terapia y modificación de conducta son muy utilizados para complementarse junto con el abordaje médico en el tratamiento de múltiples enfermedades, entre ellas la hipertensión arterial.

3 Estrés

3.1 Definición

Se constituye en un factor condicionante para la hipertensión arterial, definido por Hans Selye (citado por Ortega J. 1999) ante la OMS como *La respuesta no específica del organismo a cualquier demanda del exterior*.

A lo largo del tiempo han surgido nuevas definiciones, entre ellas

Respuesta fisiológica psicológica y de comportamiento de un sujeto que busca adaptarse y reajustarse a presiones tanto internas como externas (Morales F 1999)

Respuestas del organismo ante cualquier evento en el que las demandas ambientales internas o ambas

Agotan o exceden los recursos de adaptación del sistema social u orgánico del individuo Condicion que resulta cuando las transacciones entre una persona y su ambiente la conducen a percibir una discrepancia (real o no) entre las demandas de la situación y sus recursos biológicos psicosociales y sociales (Marrin J 1995)

El estrés como fenómeno multifactorial constituye una respuesta de adaptación del organismo para hacer frente a demandas del medio para las cuales la persona tiene o cree tener limitados recursos Sin embargo cuando estas respuestas ante las situaciones estresantes son muy intensas frecuentes o duraderas el estrés puede traer complicaciones en la salud ya sea desencadenando la aparición de un trastorno complejizando su cuadro clínico o perpetuando su sintomatología

3 2 Respuesta fisiológica de estrés e hipertensión arterial

Ante una situación concreta de estrés en el sistema cardiovascular se producen una serie de cambios químicos característicos mediados por la activación del sistema nervioso simpático Estos cambios incluyen el incremento de la frecuencia cardíaca y la constricción de las arterias principales (envueltas en pequeños músculos circulares inervados por esta rama del sistema nervioso autónomo) lo que provoca un inevitable aumento de la presión arterial En particular las arterias del sistema mesentérico que canalizan la sangre al tracto digestivo así como las que suministran sangre a los riñones y a la piel se contraen lo que facilita el aporte sanguíneo a la musculatura y al cerebro Por otra parte la vasopresina u hormona antidiurética secretada por el hipotálamo vía hipófisis posterior hace que los riñones frenen la formación de orina, lo cual provoca una disminución de la eliminación de agua, efecto que aumenta el volumen sanguíneo y también la presión arterial

En resumen los mecanismos responsables del aumento de la presión arterial por el estrés son los siguientes 1) en el aparato cardiovascular el estrés determina un incremento del gasto cardíaco por aumento de la frecuencia cardíaca No se producen cambios en las resistencias periféricas totales aunque sí en los flujos regionales con aumento de la perfusión en el sistema muscular esquelético corazón cerebro y descenso en las áreas esplácnicas y renal 2) el aumento observado en la frecuencia cardíaca (FC) se acompaña de un incremento significativo y paralelo de adrenalina y noradrenalina También hay datos que demuestran que el estrés provoca la activación del sistema renina angiotensina aldosterona así como aumentos de la ACTH cortisol y vasopresina Estas respuestas hormonales pueden contribuir al aumento de las cifras de PA inducido por estrés 3) Finalmente también el sistema nervioso central y el periférico han sido implicados en los acontecimientos que determinan el aumento de la PA, ante situaciones de estrés

En la descripción del estrés se identifican por lo menos las siguientes tres fases

a Reacción de alarma

En esta fase todas las facultades del organismo se encuentran en un estado de movilización general amenazada por las circunstancias se altera fisiológicamente por la activación de una serie de glándulas especialmente en el hipotálamo la hipófisis y por las glándulas suprarrenales El cerebro al detectar la amenaza o el riesgo estimula al hipotálamo quien produce «factores liberadores» que constituyen sustancias específicas que actúan como mensajeros corporales Una de estas sustancias es la Hormona Adrenocorticotrófica (ACTH) que funciona como un mensajero fisiológico que viaja por el torrente sanguíneo hasta la corteza de la glándula suprarrenal esta bajo el influjo de tal mensaje produce la cortisona u otras hormonas denominadas corticoides A su vez otro mensaje que viaja por la vía nerviosa desde el hipotálamo hasta la médula suprarrenal activa la secreción de adrenalina (Arcapa et al 1999 Llosa T 1999)

b Estado de resistencia

Cuando un individuo es sometido en forma prolongada a la amenaza de agentes lesivos físicos químicos biológicos o sociales el organismo prosigue su adaptación a dichas demandas de manera progresiva pero puede presentarse una disminución en sus capacidades de respuesta debido a la fatiga que se produce en las glándulas implicadas en la generación y desarrollo del estrés

Durante esta fase suele ocurrir un equilibrio dinámico u homeostasis entre el medio ambiente interno y externo del individuo (Aricapa et al 1999 Llosa T 1999)

c. Fase de agotamiento

La disminución progresiva del organismo frente a una situación de estrés prolongado conduce a un estado de gran deterioro con pérdida importante de las capacidades fisiológicas con ello sobreviene la fase de agotamiento en la cual el sujeto suele sucumbir ante las demandas pues se reducen al máximo sus capacidades de adaptación e interrelación con el medio (Aricapa, et al 1999 Llosa T 1999)

En situaciones en que se involucra un comportamiento emocional la función hipotalámica aparece como integradora de las expresiones autónomas y endocrinas Produce mayor actividad simpática (hipotálamo posterior) liberando cantidades de adrenalina y noradrenalina que actúan sobre los receptores alfa y beta en las vísceras Ello producirá un aumento en la frecuencia cardíaca y en la presión arterial se producirá una redistribución de la sangre vasoconstricción incremento del metabolismo basal y se estimularán las médulas suprarrenales (ACTH mediante acción del eje hipotálamo hipofisario para estimulación cortical) (Mias C 2002 Coca A 1999)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido la importancia que puede representar el estrés en esta alteración cardiovascular y también ha subrayado la dificultad de cuantificar esa influencia en el desarrollo de esta enfermedad

Desde hace tiempo es sabido que las intervenciones de apoyo a los pacientes con estrés son costo-efectivas y eficaces. En el plano individual dicha intervención puede modificar las tasas de ansiedad, alteraciones del sueño, fatiga y humor depresivo. De esta forma contribuye a disminuir los niveles de presión arterial (Meichenbaum D 1994)

4 Ansiedad

4.1 Definición

La ansiedad es un estado psicológico que se retroalimenta y cuyos efectos interfieren en la realización de las tareas que exijan focalización y mantenimiento prolongado de la concentración y se hace presente en individuos de cualquier clase, raza, sexo y religión. Así mismo acompaña frecuentemente a una gran gama de los trastornos psicológicos y psicosomáticos de la clasificación nosológica y de las principales causas de asistencia a servicios de salud mental (Sandín y Chorot 1995)

Spielberg, Pollans y Worden definen el estado de ansiedad como una reacción emocional que consiste en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, así como activación y descarga del sistema nervioso autónomo (Bellock et al 1995)

4.2 Respuesta fisiológica de ansiedad e hipertensión arterial

La ansiedad es un estado emocional negativo que incluye sensaciones de nerviosismo, preocupación y aprensión relacionadas con la activación o el arousal del organismo. El arousal es una activación general fisiológica y psicológica del organismo (personal) variable a lo largo de un continuo que va desde el sueño profundo hasta la excitación intensa. El término hace referencia a las dimensiones de la motivación en cuanto a la intensidad en un momento concreto es continuo.

Las personas con un arosal elevado están mentalmente activadas y experimentan, un aumento de su ritmo cardíaco de la respiración y de la transpiración. Pero el arosal no se asocia automáticamente a sucesos agradables o desagradables. Una persona puede tener un arosal alto al saber que se ganó un millón de dólares pero puede ser igualmente alto al recibir una noticia de un ser querido.

4.3 Dimensiones de la ansiedad

La ansiedad no es un fenómeno unitario (Sandín y Chorot 1995). Se manifiesta de manera similar a otras emociones conjugando tres sistemas de respuesta o dimensiones.

4.3.1 Subjetivo- cognitiva

Es el componente que tiene que ver con la propia experiencia interna e incluye un espectro de variables relacionadas con la percepción y evaluación subjetiva de los estímulos y estados asociados con la ansiedad. A esta dimensión pertenecen las experiencias de miedo pánico, alarma, inquietud, aprensión, obsesiones y pensamientos intrusivos de tipo catastrófico.

Se le concede a esta dimensión la función de percibir y evaluar los estímulos y/o las manifestaciones ansiosas para su valoración y consecuente búsqueda de respuesta. Es decir que la apreciación subjetiva de las otras dimensiones es lo que permite que determinada persona pueda saber que hay una alteración ansiosa.

4.3.2 Fisiológico- somática

La ansiedad se acompaña invariablemente de cambios y activación fisiológica de tipo externo (sudoración, dilatación pupilar, temblor, tensión muscular, palidez facial, entre otros), interno (aceleración del ritmo cardíaco y respiratorio, descenso de la salivación, entre otros) e involuntarios o parcialmente voluntarios (palpitaciones, temblor, vómitos, desmayos, entre otros).

Estas alteraciones se perciben subjetivamente de forma desagradable y ayudan a conformar el estado subjetivo de ansiedad

4.3.3 Motor conductual

Trata de los cambios observables de conducta que incluyen la expresión facial movimientos y posturas corporales aunque principalmente se refiere a las respuestas de evitación y escape de la situación generadora de ansiedad

4.4 Los síntomas de la ansiedad

Ros R (2011) expresa que la ansiedad se manifiesta de muchas maneras y resume estas manifestaciones en cinco grandes grupos de síntomas

4.4.1 Huida/Evitación

Evitar situaciones de la vida diaria o escapar de ellas si la persona las encuentra de forma imprevista

4.4.2 Respuestas físicas y psicológicas

Palpitaciones sacudidas del corazón o aceleración del pulso sudoración temblores o sacudidas sensación de ahogo o falta de aliento sensación de atragantarte opresión o malestar torácico náuseas o molestias abdominales inestabilidad mareo o desmayo sensación de irrealidad o de estar separado de ti mismo sensación de embotamiento desapego o ausencia de reactividad emocional falta de concentración o sensación de mente en blanco aturdimiento respecto al entorno irritabilidad sin motivo tensión muscular sin motivo dificultad para conciliar el sueño al acostarte sensación de no haber descansado al levantarte por la mañana, inquietud o impaciencia frecuentes fatiga fácil y sin motivo sensación de entumecimiento o de hormigueo escalofríos o sofocos

4 4 3 Sensación de pérdida de control

Miedo a perder el control o a volverte loco a hacerte daño a si mismo o a los demás en un arrebato incontrolable miedo a hacer algo sin poderse controlar

4 4 4 Miedos

Miedo a tener un infarto de miocardio a morir tu o algun ser querido o a que ocurra alguna desgracia, miedo a estar solo o con demasiadas personas a atragantarte a tener vómitos a producir demasiada o poca saliva a cerrar demasiado o poco los parpados a respirar demasiado o con poca frecuencia miedo a estar en sitios muy grandes o muy pequeños a estar con gente miedo a viajar en automóvil en tren en avión en bus o a subirse en ascensores a objetos concretos a personas determinadas o a situaciones específicas miedo a animales a la administracion de inyecciones o a la visión de sangre temor intenso a tener crisis de ansiedad a volverse loco o a perder la cabeza preocupaciones irracionales por cosas de la vida cotidiana horror intenso ante el recuerdo permanente a lo largo de meses o años de un acontecimiento traumático (un accidente muerte o amenazas reales)

4 4 5 Pensamientos repetitivos

Pensamientos impulsos o imagenes que aparecen en la cabeza y las personas no las pueden evitar comportamientos irracionales (lavado de manos puesta en orden de objetos comprobaciones etc) acciones repetitivas de acuerdo con determinadas reglas (rezar de determinada manera, contar o sumar matriculas de automoviles pisar las baldosas al andar por la calle

La característica principal de la ansiedad es que poco a poco se generaliza y cada vez hay más cosas que producen ansiedad

5 Afrontamiento

5.1 Definición

El afrontamiento se define como

Aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman 1991 164)

Es pues un proceso dinámico que involucra la evaluación y reevaluación constante de las personas en situaciones demandantes y su función está en consonancia con las estrategias que los individuos llevan a cabo para la consecución de objetivos específicos

5.2 Elementos dinámicos y estructurales del Modelo de Afrontamiento de Lazarus y Folkman

El modelo de Lazarus y Folkman (1991) se centra en la interacción del sujeto con su medio. En cómo este hace frente a las demandas que el medio le efectúa de forma continuada. Esta interacción adquiere sentido desde la valoración que hace el sujeto de la demanda del medio que básicamente es social. El modo en que se siente comprometido por ella. Compromiso que solo es comprensible desde el significado que posee esa demanda desde su biografía, sus relaciones actuales, su posición social y a la que hará, o no frente de forma más o menos satisfactoria con la movilización de conductas que adquieren sentido dentro de una valoración de la situación y de una planificación de las mismas de cara a unos objetivos.

Ello hace que sea un modelo de clara índole cognitiva en el que es fundamental la función perceptiva de atribución. El valor que otorgan los sujetos mediante cogniciones a través de la que evalúan los sucesos. Así se puede resumir el modelo en los siguientes aspectos:

a. La demanda del medio en cuanto compromiso

Si esta demanda es irrelevante no afecta al sujeto y por tanto no significa un compromiso físico ni personal ni social. No da lugar a respuesta de orden emocional.

Si por el contrario es relevante la situación novedosa en el medio significa un compromiso, una alteración de la homeostasis del sujeto ya sea en el ámbito físico, personal o social. Constituye una situación de estrés para el sujeto y provoca la fijación de la atención en la misma, dando lugar a un proceso de evaluación y preparación para una respuesta de adaptación (R, Lazarus 2000).

b. Los procesos de evaluación de la situación estresante

Cuando el sujeto se encuentra frente a un estímulo estresante lleva a cabo el proceso de valoración cognitiva tanto primaria como secundaria (Lazarus y Folkman 1984).

○ **Evaluación primaria**

Es la valoración que el sujeto hace de la situación como tal, lo que significa de riesgo de compromiso a su bienestar o hasta supervivencia. Está íntimamente ligada a

○ **Evaluación secundaria**

Es la evaluación que hace el sujeto de los recursos que posee tanto personales y sociales como económicos e institucionales para hacer frente a la demanda del medio. A partir de allí se instaura el afrontamiento que puede desarrollarse mediante estrategias las cuales pueden ser cambiantes según la situación o pueden configurarse como un estilo personal de reacción (Martín, Jiménez y Fernández Abascal 2000).

En función a esta valoración el sujeto considera si posee recursos y capacidad para hacer frente. El juego de estas dos evaluaciones determina que la situación sea valorada como

capacidad de ajuste del sujeto a una autoevaluación en el sentido de eficacia y a claros sentimientos de gozo y alegría. El afrontamiento dirigido a la acción abarca todas aquellas actividades o manipulaciones orientadas a modificar o alterar el problema.

b Afrontamiento dirigido a la emoción

En este caso el sujeto no modifica la situación por considerar que no es posible en ese momento o en ningún momento (R, Lazarus 2000). Presente en las patologías cuando el sujeto evita afrontar la situación problema y busca un alejamiento o un manejo a nivel no real sino ilusorio a veces manipulativo en otras de negación o de transferencia a otros de su responsabilidad en lo ocurrido o de atribución de intenciones. Es en definitiva un intento de manejo no-funcional ante las demandas que la realidad hace al sujeto.

En general señalan Lazarus y Folkman (1991) las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción tienen más probabilidad de aparecer cuando ha habido una evaluación de que no se puede hacer nada para modificar las condiciones lesivas amenazantes o desafiantes del entorno. Por otro lado las formas de afrontamiento dirigidas al problema son más susceptibles de aparecer cuando tales condiciones resultan evaluadas como susceptibles de cambio.

El estilo de afrontamiento hace referencia a predisposiciones personales para responder a situaciones mediante la preferencia de una u otra estrategia de afrontamiento con cierta estabilidad temporal y situacional (Martín Jiménez y Fernández Abascal 2000) aunque no niega cierta flexibilidad en el individuo para utilizar un conjunto de estas en situaciones particulares.

Algunos autores han reportado diferencias con respecto al uso de estrategias de afrontamiento según el género. Investigaciones realizadas con estudiantes universitarios han reportado un mayor uso de estrategias focalizadas en la emoción por parte de las mujeres tales como la expresión emocional, búsqueda de apoyo emocional, negación

aceptación y reevaluación positiva (Eaton & Bradley 2008) así como el mayor uso del apoyo social (Dwyer & Cummings 2001)

De igual manera, diversas investigaciones han señalado que al relacionar la hipertensión con el estrés un significado determinante tienen las estrategias de afrontamiento que el sujeto emplea al enfrentar las situaciones estresantes. El afrontamiento es el proceso que pone en marcha el individuo para hacer frente a situaciones estresantes. Según Lazarus R y Folkman S (1991) los modos de afrontamiento dependen principalmente de los recursos disponibles y de las limitaciones que puedan dificultar el uso de dichos recursos en el contexto de una interacción determinada.

5.3 Estrategias de afrontamiento

Tobin Holroyd, Reynolds y Kigal (1989) citados por Cano Rodríguez y García (2006) señalan ocho (8) estrategias de afrontamiento fundamentadas en la teoría de Lazarus y Folkman. A continuación se define cada una de ellas:

Resolución de problemas

Proceso a través del cual podemos reconocer las señales que identifican la presencia de una dificultad, anomalía y ser capaces de recolectar la información necesaria para resolver los problemas detectados y escoger e implementar las mejores alternativas de solución ya sea de manera individual o grupal.

- **Autocrítica**

Por definición la autocrítica es la acción de criticarse a uno mismo. Esto en esencia, no parece algo negativo. Ser capaz de observarse y valorarse a uno mismo puede servir para no volver a cometer los mismos errores e ir mejorando a lo largo de la vida. Sin embargo, para la mayoría de las personas, sobre todo las que padecen de baja autoestima, la autocrítica no es eso. Las personas autocríticas se juzgan continuamente.

utilizando para esos juicios unos criterios mucho mas estrictos y rigidos de los que utilizan para juzgar a los demás

Expresión emocional

La expresión emocional hace referencia a mensajes potentes no verbales de comunicacion hacia los demás es la manera en que expresamos como nos sentimos La expresión emocional regula la forma en que los demás reaccionan ante nosotros ya que mediante esta comunicamos nuestras emociones de forma efectiva, la misma constituye una estrategia a utilizar para ser una persona asertiva

Pensamiento desiderativo

Hace referencia a fantasias de nivel inconsciente que expresan un deseo solicitud o suplica a no tener que hacerle frente a eventos o sucesos que la persona concibe como amenazantes difíciles de resolver o incapacitantes En esta estrategia de afrontamiento negativa las personas la esperanza de que terceros solucionen sus problemas o el problema desaparezca o se solucione por si solo

Apoyo social

Presencia o ausencia relativa de recursos psicológicos provenientes de otras personas significativas de tal manera que la persona percibe y asimila información que les permite creer que se preocupan por ellos y los quieren que son estimados y valorados que pertenecen a una red de comunicación y de obligaciones mutuas La importancia de la definición de esta estrategia radica en que la misma determina la operacionalización concreta del concepto de apoyo social y su medida

Reestructuración cognitiva

Es una de las técnicas cognitivas conductuales más sugerentes mediante la cual el cliente con ayuda inicial del terapeuta identifica y cuestiona sus pensamientos desadaptativos de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o se elimine la perturbación emocional y/o conductual

Evitación de problemas

La evitación de problemas hace referencia al escape de la situación problemática y puede considerarse en sí misma una estrategia de afrontamiento negativa espontánea contraproducente ya que ocasionalmente impide un incremento puntual de la ansiedad pero la realidad es que contribuye a su sostenimiento y perpetuación

Retraída social

Se define como la soledad experimentada por el individuo que se caracteriza por la disminución o ausencia total de relaciones sociales y/ o familiares no hay personas significativas Esta estrategia de afrontamiento negativa a su vez se acompaña de ira hostilidad y baja autoestima

6 Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)

6.1 Antecedentes

La teoría de la Terapia Racional Emotivo – Conductual fue formulada por Albert Ellis en 1956 en Chicago durante un Congreso de la Asociación Americana de Psicología Durante esta época la TREC se desarrolla y emerge Ellis publica un estudio en el que da a conocer que las personas atendidas con este nuevo método presentan una mejora significativa en relación al abordaje psicoanalítico las sesiones se reducen de 100 a 35

Además para él la base de la perturbación psicológica es el pensamiento irracional y así introduce tal concepto y define la neurosis como el comportamiento estúpido de una persona inteligente quien escoge pensar de manera poco funcional (Ellis Caballo y Lega 1999 p 33)

6.2 Definición

La terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) consiste en *Reemplazar creencias irracionales por creencias racionales y reemplazar emociones inapropiadas por emociones apropiadas* (Ellis A 2003)

Basicamente la propuesta de la TREC es que pensamientos sentimientos y conductas actúan como de forma integrada en el individuo y que la perturbación emocional proviene no de los hechos en sí sino de la evaluación que hacemos de esos hechos según los estamos percibiendo. Por lo tanto si ocurre algo que no nos gusta y por lo tanto lo evaluamos como malo (cognición) nos sentiremos mal al respecto ya sea enojados/as o tristes (sentimientos) y haremos algo al respecto llorar o evitar la situación (conducta)

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

Es importante aclarar que algo será racional o irracional en tanto la persona evalúe los hechos como perjudiciales emocionalmente para él o ella, no para el/la terapeuta en tanto esos pensamientos no le permitan conseguir sus metas y le causen perturbación emocional ansiedad depresión enojo excesivo etc. O sea que las emociones son las que manejan a la persona y no la persona la que maneja sus emociones. Cuando se dice que las emociones manejan a las personas se quiere decir que el individuo se enoja se deprime o se angustia de forma que no le permite sentirse bien no le permite lograr sus objetivos lo

inmoviliza emocionalmente le produce consecuencias negativas en sus relaciones laborales interpersonales académicas en la familia, en la pareja e incluso consigo mismo

6 3 El Modelo ABC de Ellis

Segun el ABC de este modelo el metodo principal para reemplazar una creencia irracional por una racional se llama refutacion cuestionamiento o debate (se cuestionan hipótesis y teorias para determinar su validez, por lo que se compara con el metodo científico adaptado a la vida cotidiana)

6 3 1 Los acontecimientos activantes o las A

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

- 1 ¿Qué sucedió?
- 2 ¿Cómo percibió la persona lo que sucedió?
- 3 ¿Como evaluo la persona lo que sucedió?

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

Otro aspecto importante de la TREC es que hace diferencia entre realidad objetiva y realidad percibida La primera es la realidad confirmable el hecho en si lo que realmente sucedió y que se puede confirmar y probar a través de los hechos La segunda es la realidad conforme la describe la persona y como supuestamente cree que es es la realidad segun y cómo la persona la está evaluando

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

6 3 2 Las consecuencias o las C

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

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

Sin embargo para la persona que encuentra dificultad en expresar sus emociones se pueden inferir la presencia de ciertos estados emocionales (Lega, Caballo y Ellis 1999)

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

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

También hay emociones esperables en ciertas situaciones por ejemplo la tristeza debido a la muerte de un ser querido sin embargo cuando esa tristeza se prolonga durante

mucho tiempo es muy debilitante la persona se aísla y se deteriora su capacidad de autocuidado entonces se convierte en una emoción disfuncional perturbadora y es un objetivo para la intervención terapéutica Se diría que es una emoción negativa perturbadora

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

- o Emociones apropiadas preocupación tristeza, enojo pesar frustración
- o Emociones inapropiadas ansiedad depresión enojo excesivo y peligroso culpa y vergüenza (Caballo Leal y Ellis 1999 p 25)

6 3 3 Las creencias o las B

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

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

- ↳ No tienen una lógica consistente
- ↳ No se pueden probar a través de la realidad empírica
- ↳ Son absolutistas y dogmáticas
- ↳ Como consecuencia provocan emociones que perturban a la persona
- ↳ No ayudan a conseguir los objetivos trazados

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

6.4 Las bases de la TRFC

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

Entonces la propuesta de este enfoque es que esos **debo de** y **tengo que** rígidas agrupadas dentro de la triada cognitiva, conllevan a tres conclusiones irracionales nucleares que son creencias evaluativas llamadas inferencias y son **tremendismo**, **baja tolerancia a la frustración** y **condenación** (Caballo, Ellis y Lega, 1999).

En una forma más detallada sería:

a Tremendismo

Se tiende a resaltar en exceso lo negativo de un acontecimiento a percibirlo como más de un 100% malo. Es pensar que las cosas no deberían ser tan malas como están saliendo.

b Baja tolerancia a la frustración o no lo puedo soportar

Es la tendencia a exagerar lo insoportable de una situación y de ahí la calificación de lo insufrible que resulta estar pasando por esa situación por eso también se experimenta la sensación de que no se puede ser feliz bajo ninguna circunstancia. Ya sea que la situación presente la probabilidad de presentarse si tal cosa ocurre es insoportable terrible horrible o bien si no hay probabilidad de que se presente si tal cosa no ocurre es insoportable terrible horrible.

c. Condenación

Tendencia a evaluar como mala la valía de alguien como persona o de uno mismo como resultado de la conducta individual. Es pensar que alguien no vale como persona (amigo/a familiar pareja) con base en lo que la persona hizo o dejó de hacer de acuerdo a las demandas que se tengan hacia los demás por ejemplo si la pareja no hizo lo que le pedí como se suponía que debería de haberlo hecho no es la pareja que yo pensaba y me decepciono. O si hizo algo que no debió haber hecho o no es lo que yo pensaba y me decepcionó. Esta condena se aplica al mundo y a la vida en general.

Además del trabajo de Albert Ellis con la TREC a inicios de los sesenta, Aaron Beck también da a conocer su trabajo dentro del enfoque cognitivo para este autor las personas escuchan sus pensamientos debido a las siguientes características que éstos presentan:

- ☛ Son mensajes específicos discretos por ejemplo ella no te quiere la gente piensa que eres tonto/a si te pones esa ropa te verás ridículo/a
- ☛ Parecen taquigrafiados es decir pocas y esenciales palabras o imagen visual breve
- ☛ No importa lo irracionales que sean igual se creen
- ☛ Se viven como espontáneos es decir entran de golpe en nuestra mente algo pasa e inmediatamente se presenta una frase mental
- ☛ Se expresan en términos absolutistas

- ↳ **Tienden a dramatizar ven peligro en todas partes y siempre suponen lo peor**
- ↳ **Son relativamente idiosincráticos solo se tiene una perspectiva de la situación**
- ↳ **Son difíciles de desviar ya que son creíbles se filtran e integran inadvertidamente en el diálogo interno**
- ↳ **Son aprendidos ya que hemos sido socializados/as para interpretar los sucesos en cierta forma**

Precisamente debido a estas características de las creencias Ellis habla de que la TREC es un enfoque psicoeducativo es decir parte de la tarea del/la terapeuta en un proceso psicoterapéutico es enseñar a la persona su forma de pensar se le enseña el A B C se le enseña las características mencionadas anteriormente y se le enseña a prestarle atención a sus ideas y pensamientos para que a partir de ese aprendizaje pueda ser posible el cambio

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

6 5 Técnicas de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)

6 5 1 Debate

Enseña al paciente a usar el método científico para analizar sus pensamientos irracionales. Una vez identificadas las ideas irracionales, el debate se centra en cuestionar las creencias (la B del sistema ABC) ya sea a nivel cognitivo, conductual o imaginativo.

6 5 2 Tareas para la casa

Se le pide al sujeto que practique ciertos ejercicios en casa entre una sesión y otra. Se asignan al final de cada sesión y se revisan durante los primeros minutos de la sesión siguiente. Esto permite que se refuerce las habilidades aprendidas durante las sesiones terapéuticas. Además, por medio de las tareas se facilita el proceso de generalización de lo aprendido en la sesión a la vida cotidiana.

6 5 3 Asertividad racional emotivo conductual y resolución de problemas

Permite al paciente que aprenda diferentes estrategias para expresar sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de una manera adecuada para la situación y contexto en que se encuentra, al respetar esas mismas conductas en los demás (un comportamiento socialmente eficaz).

III MARCO METODOLÓGICO

1 Tipo y diseño general del estudio

El tipo de estudio a realizar corresponde a un estudio cuasi experimental diseño de pretest post test con grupo control (Kazdin A E 2001) Se puede esquematizar de la siguiente forma

G₁ O₁ X O₂
G₂ O₃ O₄

G₁ Grupo experimental

O₃ Pretest del grupo control

G₂ Grupo control

O₄ Post test del grupo control

O₁ Pretest del grupo experimental

X Tratamiento

O₂ Postest del grupo experimental

— Sin tratamiento

En dicho estudio se manipula la variable independiente Los sujetos son asignados al azar tanto al grupo control como experimental

2 Hipótesis

H₁ Los niveles de estrés en el grupo de pacientes hipertensos que reciben terapia racional emotiva conductual son menores que los del grupo de pacientes hipertensos que no recibe terapia

H₀₁ No existe diferencia significativa en los niveles de estrés entre pacientes hipertensos que reciben terapia racional emotiva conductual y los pacientes hipertensos que no reciben dicha terapia

H₂ Los niveles de ansiedad en el grupo de pacientes hipertensos que reciben terapia racional emotiva conductual son menores que los del grupo de pacientes hipertensos que no reciben esta terapia

H₀₂ No existe diferencia significativa en los niveles de ansiedad entre pacientes hipertensos que reciben terapia racional emotiva conductual y los pacientes hipertensos que no la reciben

H₃ Los niveles de resolución de problemas en el grupo de pacientes hipertensos que reciben terapia racional emotiva conductual son mayores que los del grupo de pacientes hipertensos que no reciben esta terapia

H₀₃ No existe diferencia significativa entre los niveles de resolución de problemas entre pacientes hipertensos que participan de terapia racional emotiva conductual y los pacientes que no reciben dicha terapia

H₄ Los niveles de autocrítica en el grupo de pacientes hipertensos que reciben terapia racional emotiva conductual son menores que los del grupo de pacientes hipertensos que no reciben terapia

H₀₄ No existe diferencia significativa entre los niveles de autocrítica entre pacientes hipertensos que participan de terapia racional emotiva conductual y los pacientes que no reciben dicha terapia

H₅ Los niveles de expresión emocional en el grupo de pacientes hipertensos que reciben terapia racional emotiva conductual son mayores que los del grupo de pacientes hipertensos que no reciben esta terapia

H₀₅ No existe diferencia estadísticamente significativa en los niveles de expresión emocional entre pacientes hipertensos que participan de terapia racional emotiva conductual y los pacientes que no reciben esta terapia

H₆ Los niveles de pensamiento desiderativo en el grupo de pacientes hipertensos que reciben terapia racional emotiva conductual son menores que los del grupo de pacientes hipertensos que no reciben esta terapia

H₀₆ No existe diferencia estadísticamente significativa en los niveles de pensamiento desiderativo entre pacientes hipertensos que participan de terapia racional emotiva conductual y los pacientes que no reciben esta terapia

H₇ Los niveles de apoyo social en el grupo de pacientes hipertensos que reciben terapia racional emotiva conductual son mayores que los del grupo de pacientes hipertensos que no reciben esta terapia

H₀₇ No existe diferencia estadísticamente significativa en los niveles de apoyo social entre pacientes hipertensos que participan de terapia racional emotiva conductual y los que no participan de terapia

H₈ Los niveles de restructuración cognitiva en el grupo de pacientes hipertensos que reciben terapia racional emotiva conductual son mayores que los del grupo de pacientes hipertensos que no reciben esta terapia

H₀₈ No existe diferencia estadísticamente significativa en los niveles de restructuración cognitiva entre los pacientes que participan de terapia racional emotiva conductual y los pacientes que no reciben esta terapia

H₉ Los niveles de evitación de problemas en el grupo de pacientes hipertensos que reciben terapia racional emotiva conductual son menores que los del grupo de pacientes hipertensos que no reciben esta terapia

H₀₉ No existe diferencia estadísticamente significativa en los niveles de evitación de problemas entre pacientes hipertensos que participan de terapia racional emotiva conductual y los pacientes hipertensos que no reciben esta terapia

H₁₀ Los niveles de retirada social en el grupo de pacientes hipertensos que reciben terapia racional emotiva conductual son menores que los del grupo de pacientes hipertensos que no reciben esta terapia

H₀₁₀ No existe diferencia estadísticamente significativa en los niveles de retirada social entre pacientes hipertensos que participan de terapia racional emotiva conductual y los pacientes hipertensos que no reciben esta terapia

3 Población

La población corresponde a 48 pacientes hipertensos que asisten a grupo de hipertensos de la Policlínica Horacio Díaz Gómez, en la provincia de Veraguas

4 Muestra

La muestra corresponde a 16 pacientes hipertensos distribuidos mediante muestreo aleatorio simple al azar de la siguiente manera 8 para el grupo experimental y 8 para el grupo control dicha muestra fue seleccionada con base a los criterios de inclusión para el tratamiento detallados a continuación

Pacientes con diagnósticos de hipertensión

Que presenten grados medios o altos de estrés

Que presenten grados leves o moderados de ansiedad

Que presenten bajas estrategias de afrontamiento de problemas tanto positivas como negativas

Que sepan leer y escribir

Que tengan buena predisposición a participar en la terapia

5 Variables

5.1 Estrés

5.1.1 Definición conceptual

Es el resultado de la interacción entre el individuo y el entorno evaluado por aquel como amenazante que desborda sus recursos debido a la presencia de demandas de tareas, roles interpersonales y físicos y pone en peligro su bienestar (Lazarus y Folkman 2000)

5 1 2 Definición operacional

Medidas mediante el cuestionario de estrés percibido (CEP) aplicado a la muestra en estudio utilizando la siguiente escala Alto (1 40) medio (41 80) y bajo (81 120)

5 2 Ansiedad

5 2 1 Definición conceptual

Estado en el que se experimenta un sentimiento de incomodidad que con frecuencia es inespecífico o desconocido para el individuo (Alfaro R. 1996)

5 2 2 Definición operacional

La misma fue medida mediante la escala de ansiedad de Hamilton aplicado a la muestra en estudio utilizando el siguiente rango no ansiedad (0 5 puntos) ansiedad leve (6 14 puntos) y ansiedad moderada/ grave (puntajes ≥ 15)

5 3 Estrategias de afrontamiento

5 3 1 Definición conceptual

Esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman 1991)

5 3 2 Definición operacional

Estrategias medidas mediante el inventario de estrategias de afrontamiento (IEA) aplicado a la muestra en estudio tomando en cuenta los siguientes rangos bajo (0 – 6 6) medio (6 7 13,2) y alto (13 3 20)

5 4 Terapia Racional Emotiva Conductual

5 4 1 Definición conceptual

Reemplazar creencias irracionales por creencias racionales y reemplazar emociones inapropiadas por emociones apropiadas (Ellis A 2003)

5 4 2 Definición operacional

Su eficacia fue medida mediante un programa de intervención basada en la TREC estructurada en 13 sesiones de tratamiento y desarrollada en 3 módulos TREC estrés – ansiedad y afrontamiento con sesiones dadas una vez por semana y con duración de dos horas cada sesión

6 Procedimiento para controlar factores de amenaza a la validez y confiabilidad de los resultados.

Para controlar amenaza a la validez y confiabilidad de los resultados se aplicaron pruebas pilotos de ambos cuestionarios a una muestra semejante a la del estudio para asegurarse que los sujetos comprendieran la redacción de los mismos y no hubiese ambigüedad en las respuestas

También controlando mediante la supervisión que todos los items de los cuestionarios fuesen contestados al igual que los datos generales controlando también que todos los participantes de la terapia asistan a todas las sesiones

7 Métodos y técnicas a emplear

Para conocer los efectos de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) aplicada a una muestra de pacientes hipertensos de la Policlínica Horacio Díaz Gómez, se aplicaron tres instrumentos antes y después del tratamiento para verificar si hay una diferencia significativa entre los resultados. Las pruebas aplicadas fueron el cuestionario

de estrés percibido (CEP) el inventario de estrategias de afrontamiento (IEA) y la escala de ansiedad de Hamilton

✚ **Cuestionario de estrés percibido CEP (ver anexo 1)**

Para medir el estrés se utilizó el cuestionario de estrés percibido (CEP) desarrollado por Levenstein et al (1993) y adaptado por Sanz –Carrillo et al (2002) Dicho instrumento consta de 30 ítems y evalúa las situaciones de estrés y la percepción de las reacciones de estrés en un todo cognitivo y en cierta medida a nivel emocional

Sanz – carrillo (2002) indican que cuánto menor es la puntuación obtenida en la prueba, mayor es el nivel de estrés percibido Estos autores encontraron una consistencia interna de 0.87 para la evaluación del estrés reciente (en el último mes) De acuerdo con el puntaje obtenido se clasifica a la persona en una escala de tres niveles de estrés (bajo, medio o alto)

✚ **Inventario de estrategias de afrontamiento (IEA) Ver anexo 2**

Para medir el afrontamiento se eligió el inventario de estrategias de afrontamiento (IEA) de Tobin et al (1989) adaptado por Cano Rodríguez y García (2006)

Este cuestionario consta de 40 ítems y tiene como objetivo con base a la teoría de Lazarus y Folkman medir ocho estrategias de afrontamiento que se enlistan a continuación: resolución de problemas (REP), autocrítica (AUC), expresión emocional (EEM), pensamiento desiderativo (PSD), apoyo social (APS), reestructuración cognitiva (REC), evitación de problemas (EVP) y retirada social (RES)

Para obtener el índice de cada escala, es decir el nivel en que se encuentra cada estrategia de afrontamiento se suma la sumatoria de los ítems en cada una de las escalas y se localiza teniendo en cuenta tres rangos: bajo (0 a 6.6), medio (6.7 a 13.2) y alto (13.3 a 20)

✚ Escala de ansiedad de Hamilton Ver anexo 3

Para medir la ansiedad se aplicó la escala de ansiedad de Hamilton elaborada por Max Hamilton en 1959 la misma valora la intensidad de la ansiedad. Consta de un total de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad.

Esta escala proporciona una medida global de la ansiedad que se obtiene sumando la puntuación obtenida en cada uno de los ítems. La escala de rango utilizada es la siguiente: 0-5 no ansiedad, 6-14 ansiedad leve, ≥ 15 ansiedad moderada / grave.

✚ La entrevista clínica

Mediante la misma se obtendrán datos, síntomas clínicos del estrés, ansiedad, el manejo y afrontamiento de la enfermedad.

8 Métodos de intervención

8.1 Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)

Se implementó la Terapia Racional Emotiva Conductual de Ellis con el objetivo de conocer sus efectos en los niveles de estrés, ansiedad y estrategias de afrontamiento de una muestra de pacientes hipertensos de la policlínica Horacio Díaz Gómez en Santiago de Veraguas. El tratamiento de la terapia estuvo estructurado en trece sesiones; las cuatro primeras sesiones correspondieron al módulo uno (1) que desarrolla el tema de la TREC, fueron dadas una vez por semana, con una duración de dos horas cada sesión.

Las dos sesiones siguientes cinco y seis (5 y 6) correspondientes al módulo dos (2) que desarrolla el tema del manejo del estrés y la ansiedad, fueron dadas una vez por semana con una duración de dos horas cada sesión.

Las sesiones siete (7) a la doce (12) corresponden al modulo tres (3) que desarrolla el tema del afrontamiento a la enfermedad al estrés y la ansiedad fueron dadas una vez por semana y tendrán una duración de dos horas cada una

En la sesión trece (13) se da la integración se reunió al grupo nuevamente con el fin de aplicar los postest de estrés ansiedad y estrategias de afrontamiento A continuación se resume el contenido de cada uno de los tres modulos desarrollados durante el tratamiento

Módulo 1 Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)

SESIÓN 1

Tema El proceso terapéutico y objetivos del plan de intervencion dentro del programa de terapia

Objetivos de la sesión

- o Explicar las normas del programa
- o Presentar los objetivos del plan terapéutico procedimientos y criterios a considerar
- o Explicar en qué consiste la Terapia Racional Emotiva Conductual aplicada al estrés ansiedad y estrategias de afrontamiento

Procedimiento

Presentación de los participantes

Cada participante se presenta dice su nombre edad dirección actividades a las que se dedica y sus expectativas del programa

Presentación del programa a los participantes

Se les presenta a los participantes el proceso del tratamiento objetivos del plan terapéutico y como este puede ayudarnos a mejorar aspectos de nosotros mismos y a

buscar soluciones alternas a los problemas todo esto con el objetivo de que los participante conozcan la importancia de la terapia y reconozcan las ventajas de participar de la misma se les explica la duracion de la terapia y la frecuencia de la misma se les comunicara la modalidad de las sesiones que serán grupales Además se abordan aspectos de relevancia como la puntualidad y asistencia a todas las sesiones el compromiso y la responsabilidad en las tareas a ejecutar dentro del programa

Exposición de la terapia racional emotiva conductual (TREC)

Se les explica a los pacientes los planteamientos de la Terapia Racional Emotiva Conductual como nuestros pensamientos emociones y conductas actuan de forma integrada Se le hace énfasis en que lo que nos produce malestar emocional no proviene de los hechos acontecimientos o situaciones en las que nos vemos involucrados sino de la evaluación personal o subjetiva que hacemos de esos hechos segun los estamos percibiendo Para ello nos apoyamos en el modelo ABC del funcionamiento psicológico de Ellis

A (Evento activador) C (Consecuencias) B (Pensamiento/creencias)

Se ilustra este modelo con casos llevado a sesión

Tareas para la casa

Con base a lo aprendido por los participantes mediante el modelo ABC se les deja tarea para realizar en casa donde cada uno tendrá que identificar una situación personal que le haya provocado algun pensamiento o idea irracional y exponerlo en el grupo para discusión

Cierre de la sesión

Para culminar la sesión se hace un recuento de lo tratado Se les agradece por participar de la terapia y se les motiva a realizar las tareas para la casa se les pregunta si les ha gustado la sesión, si llenan las expectativas y qué esperan de la siguiente sesión

Tarea para la casa (sesión 1)

Piense en una situación personal en la que usted haya tenido creencias o pensamientos irracionales Redacte en esta página la situación que considere pertinente

SESIÓN 2

Módulo TREC

Tema Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)

Objetivo de la sesión

- o Exponer el tema de la reestructuración cognitiva y los procesos psicológicos (interrelación entre pensamiento afecto y conducta)
- o Exponer el modelo ABC del funcionamiento psicológico de Ellis
- o Conocer cambios representativos en la vida de los pacientes que han contribuyen a la aparición del estrés

Procedimiento

Puente con la sesión anterior

Se hace un puente de conexión con la sesión anterior y se tocan los aspectos relevantes de la misma

Revisión y discusión de las tareas para la casa

Se revisan las tareas para la casa donde cada participante expone su situación al grupo y luego se discute al respecto. En este punto nos daremos cuenta, si los participantes comprendieron el modelo ABC

Profundizar la teoría del modelo ABC del funcionamiento psicológico

Se expone posterior a esto el tema de la reestructuración cognitiva y los procesos psicológicos haciendo énfasis en la interrelación entre pensamiento afecto y conducta. Se explica luego a profundidad el modelo ABC

Se expone posterior a esto el tema de las creencias o las B

Se trata aquí las creencias

¿Qué es una creencia?

Se exponen las creencias irracionales

- **Pensamiento absolutista**
 - ⚡ **Tremendismo**
 - ⚡ **Baja tolerancia a la frustración**
 - ⚡ **Condenación global**
 - Sobre uno mismo**
 - Sobre los demás**
 - Sobre el mundo**
- **Pensamientos automáticos**
- **Demandas irracionales**
- **Las creencias racionales**

Se presentan las características de las creencias irracionales y las características de las creencias racionales (primarias y secundarias)

Para ello se presentan ejemplos de pensamientos irracionales vs pensamientos racionales para que los participantes sepan diferenciarlos e identificarlos

Posterior a esto se expone el tema C las consecuencias o las emociones

Se exponen las emociones apropiadas (preocupación, tristeza enfado remordimiento pesar frustración) vs las emociones inapropiadas (ansiedad depresión ira culpa, vergüenza) Para ello se presentan ejemplos para que los participantes sepan diferenciar entre las unas de las otras

Posterior a esto se realiza un taller llamado La escala de tu nivel de estrés donde cada paciente deberá buscar cambios representativos en su vida y ver el nivel de estrés que cada cambio ha añadido Para ello se utilizara la hoja de taller Nº 1 luego de esto se le dara a conocer a cada paciente el valor total de su nivel de estrés y se debatira con el grupo los cambios más significativos

Tareas para la casa

La tarea para la casa consistirá en identificar en situaciones cotidianas dadas creencias o pensamientos irracionales y establecer entonces la creencia racional para cada caso. Para esto utilizarán como apoyo los 3 talleres tratadas durante la sesión.

Cierre de la sesión

Se hace un breve recuento de lo tratado en la sesión y se les motiva realizar la tarea. Se les pregunta si les gustó la sesión y que esperan de la siguiente sesión.

MATERIAL DE LA SESIÓN 2

Demandas absolutistas segun Albert Ellis

Entre las demandas absolutistas que debemos explorar se encuentran principalmente tres

- 1 Demanda sobre uno mismo (yo debo o yo necesito)
- 2 Demanda sobre los demas (el debe o tu debes
- 3 Demandas sobre el mundo (el mundo debe o la vida debe)
- 4 Segun Ellis las creencias irracionales nucleares (demandas absolutistas) traen consigo o aparejadas
 - o La tremendización la exageración del daño o significado del hecho
 - o La no soportitis o baja tolerancia a la frustración (BTF)
 - o La condena global de uno mismo de las otras personas o del mundo (la vida en general) Ejemplos

Sobre uno mismo soy un inservible ejemplos comunes en el depresivo soy débil soy inferior no puedo hacer nada bien, no puedo hacer nada frente a esto la vida no tiene sentido nadie me quiere nunca mas me sentiré mejor no vale la pena intentarlo ya no hay esperanzas ya no quiero vivir

Sobre los otros es una detestable persona (y merece ser castigado o morir)

Sobre el mundo el mundo es una porqueria

MATERIAL DE LA SESIÓN 2

Pensamientos irracionales vs pensamientos racionales

Objetivo Reconocer y diferenciar pensamientos irracionales de los racionales

Pensamientos irracionales	Pensamientos racionales
1 Es horrible espantoso	Es un contratiempo una contrariedad
2 No puedo soportarlo	Puedo tolerar lo que no me gusta
3 Soy un (a) estúpido (a)	Mi comportamiento fue estúpido
4 Es un (a) imbécil	No es perfecto (a)
5 Esto no debería ocurrir	Esto ocurre porque es parte de la vida
6 No tiene derecho	Tiene derecho a hacer lo que le parezca aunque preferiría que no hubiese sido así
7 Debo ser condenado	Fue mi culpa y merezco sanción pero no tengo que ser condenado
8 Necesito que él (ella) haga eso	Quiero/deseo/preferiría que él (ella) haga eso pero no necesariamente debo conseguirlo
9 Todo sale siempre mal	A veces tal vez frecuentemente las cosas salen mal
10 Cada vez que ensayo fallo	A veces fracaso
11 Nada funciona	Las cosas fallan con más frecuencia de lo que desearía
12 Esto es toda mi vida	Esto es una parte muy importante de mi vida
13 Esto debería ser más fácil	Desearía que fuese más fácil pero a menudo lo que más conviene es lo difícil de lograr
14 Debería de haberlo hecho mejor	Preferiría haberlo hecho mejor pero hice lo que pude en ese momento
15 Soy un fracaso	Soy una persona que a veces fracasa

MATERIAL DE LA SESIÓN 2

El pensar de una forma racional no implica de ninguna manera, dejar de sentir emociones negativas. De hecho hay emociones negativas que son indicio de una buena adaptación emocional. El criterio básico para clasificar una emoción negativa como racional versus irracional es su funcionalidad es decir el grado en que facilita o dificulta la obtención de metas especialmente a largo plazo. La siguiente lista tiene como propósito diferenciar las unas de las otras.

Contexto (percepción de A)	Emoción Irrracional	Emoción Racional
Como amenaza o peligro	Ansiedad angustia	Preocupacion
Como pérdida o fallo (con implicaciones para el futuro)	depresión	Tristeza
Como frustrante como ruptura de una regla personal (por parte de otros o de si mismo)	ira	Enojo enfado
Como ruptura del código moral propio	culpa	remordimiento
Como reveladora de un defecto personal	vergüenza	Pesadumbre pesar
Como traición de otros	Sentirse herido	Sentirse disgustado

Taller # 1(Sesión 2)

La escala de tu nivel de estrés

En la siguiente tabla puedes buscar cambios representativos en tu vida y ver el nivel de estrés que cada cambio ha añadido a tu vida. Note cada cosa que ha experimentado en los últimos doce meses. Después sume la cuenta (a mayor cantidad de eventos mayor nivel de estrés ha experimentado en el último año)

ESTRÉS		VALOR DEL EVENTO	
1	La muerte de su pareja		100
2	Divorcio	60	
3	Menopausia		60
4	Separación de la pareja con quien vivía		60
5	Periodo en la cárcel o libertad condicional	60	
6	La muerte de un familiar cercano(a) además de esposo (a)	60	
7	Deterioro personal grave o enfermedad		45
8	Casamiento o el establecerse con su pareja de por vida	45	
9	El despido del trabajo		45
10	Reconciliación de casados o de una relación	40	
11	Jubilación		40
12	cambio de salud de un(a) familiar cercano(a)	40	
13	el trabajar más de 40 horas a la semana		35
14	Embarazo	35	
15	Problemas sexuales		35
16	Añadir un miembro a la familia		35
17	Cambio de rol en el negocio o trabajo	35	
18	Cambio en el estado financiero		35
19	La muerte de un (a) amigo (a) cercano(a) no miembro de la familia	30	
20	Cambio en el número de peleas/argumentos con tu esposo (a) o pareja de vida	30	
21	Hipoteca o préstamo para un propósito grande	25	
22	Pérdida de hipoteca o incumplimiento en pago de préstamos	25	
23	El dormir menos de 8 horas por la noche		25

24 Cambio en la responsabilidad en el trabajo	25		
25 Problemas con los familiares de tu esposo (a) o con tus hijos	30		
26 Una realización personal exitosa	25		
27 Tu pareja comienza o deja de trabajar	20		
28 El comenzar o terminar la escuela/educación	20		
29 Cambios en las condiciones de vivir (remodelación, visitantes cambio de apartamento de compañero (a))	20		
30 Cambio de hábito personal (dietas ejercicios el fumar)	20		
31 Alergias crónicas	20		
32 Problemas con el /la gerente			20
33 Cambio en las horas o condiciones de trabajo	15		
34 El mudarse a otra residencia			15
35 Ya en el periodo pre menstrual			15
36 Cambio de escuela/ubicación de educación			15
37 Cambio en actividades religiosas			15
38 Cambios en actividades sociales	15		
39 Prestamo financiero menor		10	
40 Cambio en frecuencia de reuniones de familia		10	
41 Vacaciones			10
42 fiestas de fin de año		10	
43 Infracción menor de la ley		5	

Cuenta total _____

Tarea para la casa (sesión 2)

Identifique en cada situación que se expone a continuación la creencia irracional y la correcta creencia racional

situacion	Creencia o pensamiento irracional	Pensamiento o creencia racional
Mi esposo (a) me ha dejado por otra mujer (hombre)		
Tuve una discusion con mi hijo		
Me diagnosticaron hipertensión		

En las siguientes situaciones identifique las emociones negativas y positivas

situación	Emocion irracional o inapropiada	Emoción Racional o apropiada
Se metieron los ladrones en mi casa cuando no habia nadie		
Los niveles de mi presion no bajan		
Me cai en plena calle delante de mucha gente		

TERCERA SESIÓN

Módulo I Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)

Tema Exposición de las técnicas preferenciales de la TREC

Objetivos

Desarrollar un pensamiento más flexible al aprender a cuestionar las ideas irracionales

Lograr que los pacientes identifiquen sus creencias irracionales y logren modificarlas por otras racionales

- **Enseñar a los pacientes a debatir sus creencias o pensamientos irracionales.**
- Conocer los factores que afectan la vulnerabilidad al estrés en los pacientes**

Procedimiento

Puente desde la sesión anterior

Se repasa brevemente lo tratado en la sesión anterior

Revisión de la tarea para la casa

Se revisan las tareas de todos al mismo tiempo donde cada participante dirá su respuesta a cada situación con el objetivo de verificar la comprensión del modelo ABC del funcionamiento psicológico se refuerza al respecto

Posterior a esto se expondrán las técnicas preferenciales de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)

↴ Debate

- **Estilos de debate didáctico y socrático**
- **Estrategias de debate filosófico empírico**

En este punto se realiza el taller n° 1 que consiste en un debate en grupo de 2 personas los participantes van a representar una situación de paciente terapeuta uno

representa el papel del paciente ansioso y el otro que representa el terapeuta lo debate luego intercambian los roles El objetivo de esto es que los pacientes traten de encontrar creencias o pensamientos racionales y emociones apropiadas al debatirlas ellos mismos

Posterior a esto se realiza el taller n 2 titulado qué tan vulnerable eres al estrés – factores que afectan el estrés Mediante el autoregistro de un cuestionario cada uno de los pacientes descubrirá su vulnerabilidad al estrés y localizará sus puntos problemáticos Luego de esto se hace una plenaria con el grupo sobre los factores que tienen en común y exhortarlos a hacer cambios favorables

✚ Tareas para la casa

Se exponen las características de las tareas para la casa, posterior a esto se exponen las tareas más frecuentes de la TREC

- Formulario de autoayuda
- Diario de debate

Ejercicios emotivos

- Ejercicios para atacar la vergüenza
- Unidades subjetivas de malestar
- Imaginación racional emotiva

En este punto se realiza una práctica grupal de imaginación racional emotiva Cada participante deberá pensar en las peores cosas que pudieran pasarle al presentar una creencia irracional o emociones inapropiadas y los problemas que esta situación puede ocasionarle en su vida y evaluarlo en una escala del 1 al 10

Esto con el objetivo de lograr nuevas consecuencias emocionales luego este mismo ejercicio deberán practicarlo en casa

Tarea para la casa

Cada paciente debe elegir una situación en particular (en la que se haya sentido estresado ansioso o depresivo) y detectar mediante un cuestionario de análisis para las

ideas irracionales (autodiagnóstico) las creencias o pensamiento irracionales que tuvieron y luego de esto ante la misma situación exponer como les hubiese gustado pensar actuar y sentirse

Cierre de la sesión

**Se hace un breve recuento de lo tratado en la sesión y se les motiva realizar la tarea
Se les pregunta si les gustó la sesión y qué esperan de la siguiente sesión**

Taller # 2 (Sesión 3)

Que tan vulnerable eres al estrés

En la sociedad moderna la mayoría de nosotros no podemos evitar situaciones estresantes Pero podemos aprender a comportarnos en maneras que minimicen su efecto Los investigadores han identificado un numero de factores que afectan la vulnerabilidad que uno (a) tiene al estrés entre ellos los habitos de dormir comer consumo de alcohol y cafeina y como expresamos las emociones Este cuestionario está diseñado para ayudarle a descubrir su vulnerabilidad y localizar sus puntos problematicos Marque cada punto del 1 (siempre) al 5 (nunca) segun la cantidad de tiempo que la declaración sea verdad para usted Asegurese de marcar cada punto aunque no lo aplique

Utilice la siguiente escala Siempre (S) Casi siempre (CS) A veces (AV) Casi nunca (CN) Nunca (N)

Ítem	S	CS	AV	CN	N
1 Como por lo menos una comida caliente y balanceada al dia	1	2	3	4	5
2 Duermo siete a ocho horas por lo menos cuatro veces a la semana	1	2	3	4	5
3 Doy y recibo afecto regularmente	1	2	3	4	5
4 Tengo por lo menos un familiar en quien puedo contar que viva cerca de mi casa	1	2	3	4	5
5 Hago ejercicios al punto de respiración por lo menos 2 veces a la semana	1	2	3	4	5
6 Me limito a menos de ½ paquete de cigarrillos al dia	1	2	3	4	5
7 Tomo menos de 5 bebidas de alcohol a la semana	1	2	3	4	5
8 Estoy en el peso apropiado para mi estatura	1	2	3	4	5
9 Tengo un ingreso adecuado para poder pagar mis gastos	1	2	3	4	5
10 Encuentro fuerza personal en mis creencias y practicas religiosas	1	2	3	4	5
11 Regularmente asisto a actividades sociales o a un club	1	2	3	4	5
12 Tengo un grupo de amigos y conocidos	1	2	3	4	5
13 Tengo uno o mas amigos en quien confiar sobre asuntos personales	1	2	3	4	5
14 Estoy en buena condición física (incluyendo la vista el oido y los	1	2	3	4	5

dientes)					
15 Puedo hablar de mis sentimientos cuando estoy enojado (a) o preocupado (a)	1	2	3	4	5
16 Tengo conversaciones regularmente con las personas con las que vivo acerca de tareas de la casa y el dinero)	1	2	3	4	5
17 Hago algo divertido por lo menos una vez a la semana	1	2	3	4	5
18 Soy capaz de organizar mi tiempo efectivamente	1	2	3	4	5
19 Tomo menos de tres tazas de cafe al dia	1	2	3	4	5
20 Tomo tiempo silencioso y tranquilo para mi mismo (a) durante el dia	1	2	3	4	5

Para calcular su cuenta sume el total y reste 20 Una cuenta menor de 10 indica excelente resistencia al estres Una cuenta mayor de 30 indica alguna vulnerabilidad al estres está seriamente vulnerable si su total sale más de 50 Usted puede hacerse menos vulnerable si revisa las áreas en las que saco un 3 o mas e intentar modificarlos Note que casi todos los puntos describen situaciones y comportamientos que usted puede controlar Concéntrese primero en las que son más facil de cambiar por ejemplo comer una comida caliente y saludable al dia y hacer algo divertido por lo menos una vez a la semana antes de emprender las que son más difíciles

Tarea para la casa (sesión 3)**Formulario para el análisis de las ideas irracionales (Auto diagnóstico)**

El siguiente es un formulario utilizado con el propósito de analizar las propias ideas irracionales

¿Qué sucedió? (A)

¿Qué sentí? (C)

¿Que hice? (B)

¿Que pensé al actuar así?

¿Qué consecuencias tuvo sentir pensar y actuar así a corto plazo o de inmediato?

¿Y a largo plazo o después?

Si la misma situación (A) o una similar volviese a ocurrir

¿Cómo me gustaria sentirme?

¿Cómo me gustaria actuar?

¿Como me gustaria pensar?

Estos nuevos sentimientos pensamientos y conductas aumentarían la probabilidad de mejores resultados

¿A corto plazo?

¿A largo plazo?

CUARTA SESIÓN

Módulo 1 Terapia Racional Emotiva Conductual

Tema Modificación de creencia o pensamientos irracionales mediante técnicas preferenciales de la TREC

Objetivos

Discutir las demandas irracionales de los participantes mediante diferentes estrategias de debate

Practicar ejercicios de imaginación racional emotiva (IRE) para reducir el estrés y la ansiedad

Procedimiento

Puente desde la sesión anterior

Se repasa brevemente lo tratado en la sesión anterior

Revisión de la tarea para la casa

Se revisan las tareas donde cada participante leera en publico su propio análisis de las ideas irracionales con el objetivo de identificar cuales son las demandas de los participantes el facilitador tomará nota de esto

Se procederá primero con el taller N 1 que consiste en un caso de una paciente de nombre AMALIA Los participantes en grupo de dos personas leeran el caso trataran de identificar las creencias o pensamientos irracionales y las emociones inapropiadas de esta paciente y sugeriran pensamiento racional y emociones apropiadas que esta paciente deberia utilizar luego de esto cada grupo expondra su trabajo y al final se debate el caso con todo el grupo Para ello utilizarán las hojas de talleres concernientes al caso

Luego de esto hacemos referencia al cuestionario para el análisis de ideas irracionales donde cada paciente debe identificar sus creencias o pensamientos

irracionales se procede a discutir estas demandas irracionales Para ello utilizamos la hoja de taller N 2

Procedemos entonces a realizar el taller N 3 en el que los participantes deberán elaborar una lista de cosas que le molestan o le preocupan y que gritan por su atención Una vez elaborada la lista, el paciente deberá elegir el problema que mayor le preocupa o molesta para practicar la Imaginación Racional Emotiva (IRE) en la que el paciente deberá pensar en esa situación que le es difícil resolver que le preocupa o molesta, que le hace tener pensamientos o ideas irracionales y experimentar emociones negativas y deberá valorarla en una escala de 1 a 10 donde 1 es poco y 10 mucho Luego se vuelve a practicar la IRE con el mismo problema pero experimentando pensamientos y emociones positivas

Tarea para la casa

Con el objetivo de reforzar el debate de las ideas irracionales por el mismo paciente se deja como tarea para la casa el diario de debate donde deberán acumular sus experiencias por escrito identificando situaciones pensamientos o creencias irracionales que experimentan deberán buscar y anotar un argumento que contrarreste la creencia irracional

Cierre de la sesión

Se hace un recuento de lo tratado en la sesión se motiva a los participantes a seguir realizando sus tareas Se les pregunta qué les ha gustado de la sesión y que esperan de la próxima

Hoja de taller # 1 (sesión 4)

Caso de Amalia

Amalia es una mujer de 48 años casada, secretaria de un banco tiene dos hijos de 32 y 25 años

Actualmente su hija mayor tiene siete meses de embarazo y su embarazo es de alto riesgo razón por la que Amalia se encuentra muy ansiosa, en casa no hace otra cosa que preocuparse por su hija teme que pierda a su bebé o le pase algo a ella al momento de dar a luz

Amalia cree que su hija aunque tiene 32 años es muy inmadura y no sabra criar a su hijo sola además su hija va a ser madre soltera, algo que ella no tolera Piensa que una mujer que tiene un hijo sin padre es una mujer desgraciada y siempre va a estar en boca de todo el mundo por lo que en parte siente verguenza de su hija

En el trabajo Amalia se siente irritada con sus compañeros por qué no la ayudan no consideran que ella no puede con tanto trabajo se siente presionada y considera a sus compañeros como unos inconscientes Su jefe le exige tener varios informes al mismo tiempo y ella siente que no va a poder con tanto trabajo

Cuando llega a su casa siempre está de mal humor su hijo de 25 años se salió de la universidad le dijo a su mama que ya no va a estudiar que se va a dedicar a la musica, Amalia le dice que él no tiene ningun derecho a hacerle eso y que ella necesita que él estudie en las noches Amalia no puede dormir siente que le falta el aire siente que ni su esposo la comprende razón por la que siempre terminan discutiendo ya que él le dice que ella exagera con sus hijos y se preocupa demasiado

Hoja de taller N 1(sesión 4)

Utilice el siguiente esquema para indicar las creencias irracionales de y las emociones negativas de Amalia en las situaciones planteadas

Situación	Creencia irracional	Creencia racional
Hogar		
	Emoción negativa	Emoción apropiada
Situación	Creencia irracional	Creencia racional
Trabajo		
	Emoción negativa	Emoción apropiada

Hoja de taller N 2 (sesion 4)

Cuestionario para el análisis de ideas irracionales

Piense en una situación por la que esté pasando y en la que tenga pensamientos o creencias irracionales y analicelas

Debate de demanda

Situación

Creencia irracional

Consecuencia emocional

¿Le ha servido de algo exigir o demandar esta manera de pensar?

¿Le ha ayudado personalmente pensar de esta manera?

¿Siempre ocurre en la realidad que la gente piense de esta manera?

¿Hay alguna regla universal que señale que la gente siempre debe pensar así?

¿En qué libro está escrito de manera absoluta que la gente siempre debe pensar así?

Taller # 3 (sesion 4)**Lista de cosas que me molestan**

Escriba en este espacio una lista de todas las cosas que le preocupan las presiones e inquietudes que atacan su mente y que gritan por su atención Despues guárdela en su cartera y decida cuál de los problemas de la lista es el que mayor le perturba y empiece a hacerle frente con ayuda de las técnicas que ha aprendido hoy

Tarea para la casa (sesion 4)

Diario de debate

Utilice este diario para practicar sus habilidades de debate (D) o cuestionamiento y reforzar su nueva filosofía racional (E) acumulando sus experiencias por escrito

En la columna 1 resuma las situaciones (A) que suelen provocar pensamientos irracionales

En la columna 2 haga una lista de cualquier idea o pensamiento poco productivo/ irracional (b) que se le venga a la cabeza en cada situación o acontecimiento descrito en la columna 1

En la columna 3 resuma los argumentos que utilizo o que hubiese querido utilizar para debatir o cuestionar cada una de las ideas irracionales de la columna 2

Si lo desea coloque una puntuación de 1 a 5 (5= muy util 4= algo util 3= neutral 2= poco util 1= nada util) Frente a cada uno de los argumentos utilizados para debatir o cuestionar sus ideas irracionales Esto le permitira evaluar lo eficaces que son Recuerde que el cambio emocional cualitativo (c) es el criterio más importante en dicha evaluación

Situación o acontecimiento (A)	Pensamiento irracional (B)	Argumento que lo contrarresta (D)
(p ej Fallé en mi trabajo)	(p ej siempre debo funcionar bien, no tolero los errores soy un fracaso)	(p ej es preferible pero no absolutamente necesario tener éxito de el no depende mi valor como ser humano)

QUINTA SESIÓN

Módulo 2 Manejo del estrés y la ansiedad

Tema La ansiedad y el estrés

Objetivos

Exponer el tema del estrés y la ansiedad

Lograr que los participantes identifiquen las situaciones que le producen estrés y ansiedad

Practicar técnica de relajación muscular

Procedimiento

Puente desde la sesión anterior

Se hace recuento de lo tratado en la sesión anterior

Revisión de las tareas para la casa

Se revisan las tareas para la casa donde cada participante enseña su hoja de diario y las situaciones a en la que ha intentado una nueva filosofía racional

Posterior a esto se expone el tema del estrés y la ansiedad

¿Qué es el estrés?

Respuestas más frecuentes del estrés

- o Emocionales**
- o Cognitiva**
- o Comportamentales**

Consecuencias del estrés en los ámbitos

- o Familiar**
- o Laboral**
- o Social**
- o Personal**

Manejo del estrés

Luego de esto se hace el taller N 1 donde los participantes deben pensar por unos minutos un hecho o una situación que haya sido muy estresante en el último mes describir

esta situación y si todavía se repite actualmente y evaluarla en una escala de 1 a 10 para ello se utilizará la hoja de taller N 1

Posterior a esto se expone el tema de la ansiedad

- o ¿Qué es la ansiedad?
- o ¿Que sentimos al tener ansiedad?
- o ¿Qué hacemos al tener ansiedad?
- o ¿Qué causa la ansiedad?
- o ¿Qué mantiene la ansiedad?
- o ¿Qué consecuencias tiene la ansiedad?
- o ¿Cómo se maneja la ansiedad?
- o ¿Cómo hacer para relajarse?
- o ¿Cómo manejar la preocupación?

En este punto los participantes realizan el taller N 2 donde deben señalar o identificar situaciones que le causan ansiedad y evaluarlas en una escala del 1 al 10 haciendo uso de la hoja de taller 2

Luego de esto se habla sobre el tema de la relajación como forma de eliminar la tensión que cuando las personas se encuentran por mucho tiempo bajo estrés y ansiedad pocas veces permiten que los músculos se relajen luego se realiza el tercer taller con todo el grupo un ejercicio de relajación muscular para controlar manifestaciones de estrés y ansiedad Luego los participantes expresaran como se sentían mientras hacían los ejercicios

Tareas para la casa

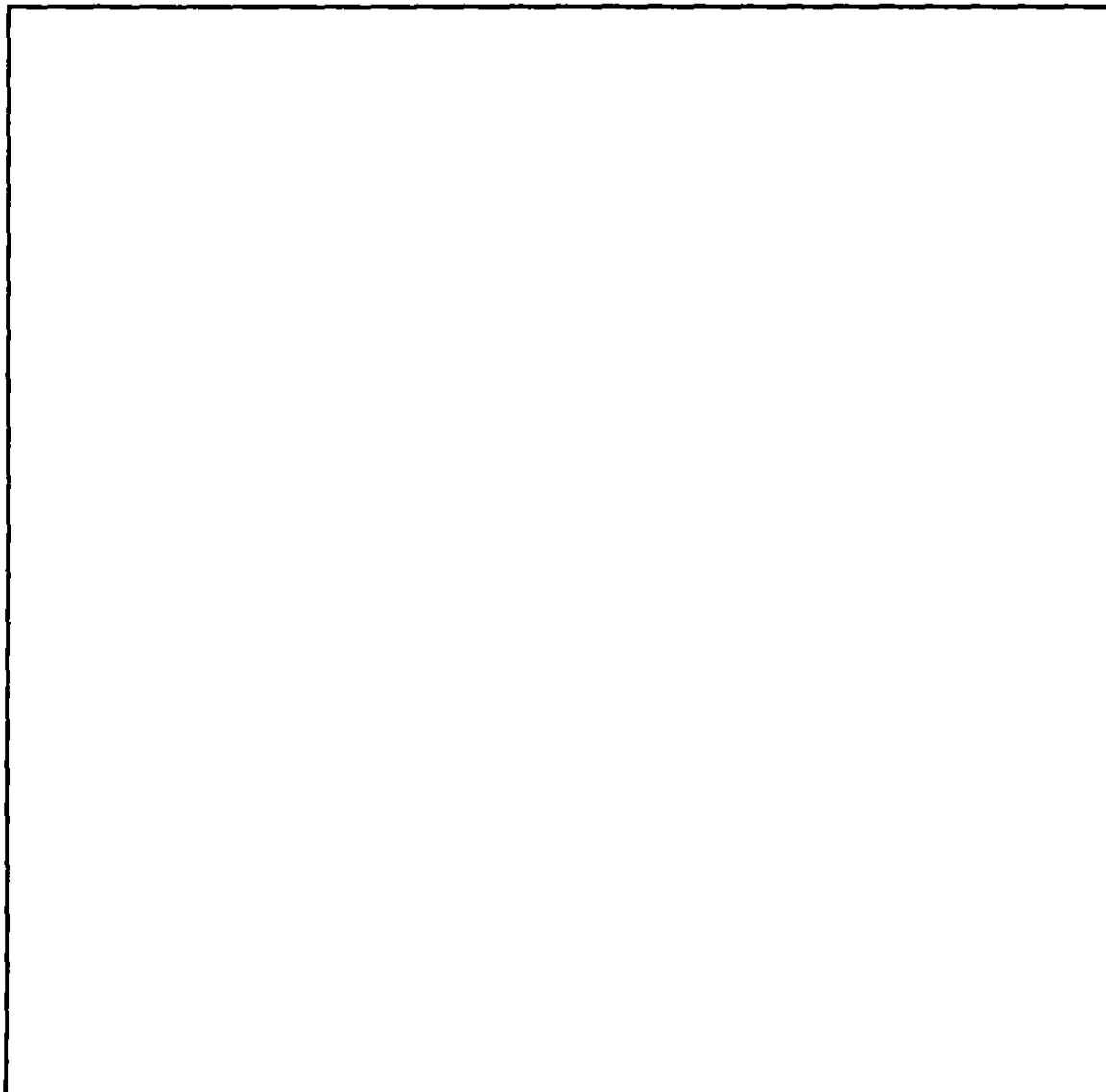
Los participantes deben anotar en una hoja de registro cuantas veces a la semana se sienten ansiosos ó estresados y deben pensar racional mientras se sienten bajo estas condiciones deberán complementar esta tarea en sus casas practicando el ejercicio de relajación muscular que aprendieron durante la sesión

Cierre de la sesión

Se hace un recuento de la sesión y se motiva a los participantes a continuar con el tratamiento y a hacer las tareas Antes de terminar se les pregunta si les gusto la sesión y que esperan de las próxima sesión

Hoja de trabajo # 1 (Sesión 5)

Piense durante unos minutos en un hecho o situación que haya sido muy estresante para usted en el último mes. Por estresante entendemos una situación que causa problemas le hace sentirse a uno mal o que cuesta mucho enfrentarse a ella. Puede ser con la familia, en la escuela, en el trabajo, con los amigos, etc. Describa esta situación en el espacio en blanco de esta página. Escriba que ocurrió e incluya detalles del lugar, quien o quienes estaban presente, por qué le dio importancia y que hizo usted. La situación puede estar sucediendo ahora o puede haber sucedido ya. No se preocupe por si está mejor o peor escrito o mejor o peor organizado, solo escriba tal y como se le ocurra. Continúe escribiendo al reverso de esta página de ser necesario.

A large, empty rectangular box with a black border, intended for the student to write their response to the prompt above. The box is currently blank.

Hoja de taller N 2 (sesión 5)

Llene el siguiente cuadro y piense en una situación donde se haya sentido ansioso en el último mes diga que pensaba mientras se sentía ansioso y como reaccionó su cuerpo que sentía al momento de estar ansioso. Evalúe esta situación que ya pasó en una escala de 1 a 10 donde 1 es poco y 10 mucho. Imagine que esta situación está pasando ahora mismo solo que ahora usted va a adoptar un pensamiento racional y va a experimentar nuevas reacciones o emociones. Luego evalúe esto en una escala de 1 a 10 donde 1 es poco y 10 mucho.

Situación pasada

Pensamientos

Reacciones

Evalue del 1 al 10

Emocionales _____ valor _____

Comportamentales _____ valor _____

Fisiológicas _____ valor _____

Imagine que ahora mismo pasa por esta situación

¿Cuál sería su nuevo pensamiento?

¿Cuáles serían sus nuevas reacciones?

Evalue del 1 al 10

Emocionales _____ valor _____

Comportamentales _____ valor _____

Fisiológicas _____ valor _____

Taller # 3 (sesión 5) Relajación muscular

En primer lugar los participantes deben adoptar la postura más cómoda que le sea posible tumbándose cómodamente en un sitio donde no le molesten Afloje la ropa apretada y quítese todo lo que le pudiera molestar (relojes zapatos etc)

En cada ejercicio se debe tensar el musculo durante unos 10 segundos notando la tension Después soltar la tensión durante unos 15 segundos permitiendo que los musculos se relajen Los participantes deben apreciar la diferencia entre tener el musculo tenso y tenerlo relajado (sensación mucho más agradable) para esto el terapeuta hace la demostración

Una vez en la postura más cómoda posible se empieza tomando aire profundamente y echándolo lentamente prestandole mucha atención a la respiración

Deben pensar en una situación agradable (no playa un lugar especial) en la que este muy a gusto Imagínese bien la situación con sus sonidos olores y disfrútela tanto como lo desee

Pasamos entonces a respirar hacemos una aspiración tan profunda como sea posible manteniendo el aire en los pulmones luego exhalamos el aire

Hacemos contacto con nuestras manos Cierre los puños fuertemente relájelos Extienda los dedos relájelos practiquemos este ejercicio cinco veces)

Luego pasamos a bíceps y tríceps Tense los bíceps (las bolas de los brazos) relájelos Tense los tríceps (empujando los brazos hacia abajo) relájelos

Nos dirigimos hacia los hombros échelos hacia atrás relájelos Empújelos hacia delante relájelos Echelo hacia la derecha relájelo Echelo hacia la izquierda relájelo Lleve la cabeza hacia adelante hasta que la barbilla se apoye en el pecho relájela

Nos dirigimos ahora hacia la cara Hay muchos musculos en la cara, pero concentrese únicamente en los ojos y en las mandíbulas Abra los ojos y la boca tanto como sea posible hasta que la frente se arrugue Cierre los ojos tan fuertemente como sea posible y apriete las mandíbulas relájelos

Préstele atención a su respiración tome aire profundamente trate de mantenerlo en los pulmones expulse el aire lentamente Expulse todo el aire hasta que los pulmones se vacíen vuelva a tomar aire y respire normalmente

Vamos ahora con la espalda Descansando los hombros contra el suelo impulse el tronco hacia adelante con el fin de arquear toda la espalda relájelo

Nos dirigimos ahora hacia el estómago métalo tanto como sea posible como si fuera a tocar la espina dorsal relájelo Saquelo hacia afuera poniéndolo duro relájelo

Nos dirigimos ahora a las pantorrillas y los pies Doble los pies hasta que los dedos apunten hacia la cabeza relájelos Doble los pies en dirección opuesta relájelos

Tómese unos minutos respire sienta su cuerpo relajado abra los ojos incorpórese poco a poco hágalo despacio mueva lentamente sus manos y sus pies

Diga cómo se siente se relajo es importante que sepa que hay partes del cuerpo que son más difíciles de relajar que otras si este fue el caso suyo quiero que sepa que puede mejorar y sentirse más relajado solo es cuestión de práctica

Evalúe en una escala del 1 al 10 donde 1 es poco y 10 es mucho evalúe qué tanto se relajó

Tarea para la casa (sesión 5)

Anote en el siguiente cuadro la situación en la que se siente ansioso o estresado y el número de veces que esto sucede a la semana. Trate de pensar racionalmente mientras se sienta en estas condiciones

En que situaciones se presentó el estrés y la ansiedad durante la semana		
Estres	Día	Ansiedad
	Lunes	
	Martes	
	Miércoles	
	Jueves	
	Viernes	
	Sábado	
	Domingo	

¿Qué pensaba y qué sentía bajo estas condiciones?

¿Cuándo penso de una manera racional que pensamiento se decía a usted mismo y cómo se sentía?

Considera usted que sus niveles de ansiedad y estrés disminuyeron al pensar racionalmente y al practicar el ejercicio de relajación que aprendió. En una escala del 1 al 10 señale que tanto le ayudó el pensar racionalmente

SEXTA SESIÓN

Modulo Manejo del estres y la ansiedad

Tema Estrés y ansiedad

Objetivos

Lograr que los pacientes manejen el estres y la ansiedad haciendo uso de la terapia racional emotiva conductual (TREC)

Adiestrar a los participantes en ejercicios de relajación para controlar la ansiedad y el estres

Procedimiento

Puente desde la sesión anterior

Se hace un breve recuento de lo tratado en la sesión anterior

Revisión de las tareas para la casa

Se discuten las tareas para la casa donde cada participante expone las veces que se sintio ansioso ó estresado y exponen como contrarrestaron estos sintomas

Posterior a esto se refuerza el tema de cómo manejar el estrés y la ansiedad haciendo uso de la TREC Se tocan puntos como

- El estrés causa la ansiedad La ansiedad no genera estrés**
- Sustituir pensamientos o creencias negativas y exageradas por otros más racionales**
- Enseñar a manejar las situaciones de estres y ansiedad (se les explica cómo afectan y cuales deben ser las respuestas adecuadas)**
- La importancia de la relajación en el manejo del estrés y la ansiedad**
- Incentivar el tiempo para el descanso y realizar algun otro tipo de actividad fuera de la rutina por ejemplo ejercicio ó caminata**

Posterior a esto se pasa a desarrollar el taller N° 1 donde los participantes deben dramatizar una situación de terapeuta paciente dos personas del grupo (uno representa un

paciente hipertenso que esta muy ansioso y el otro es el psicologo que lo va a debatir) Dos personas voluntarios hacen la representación y los demás los evaluaran y reforzaran el debate de la situación Posterior a esto se realiza el taller # 2 donde los participantes en grupo de dos personas deben trabajar una serie de situaciones cotidianas que pueden ocasionarle estrés o ansiedad a cualquiera persona deben debatir cual seria la manera racional de manejar la situación Por ultimo se practica el ejercicio de la relajación muscular

Tarea para la casa

Se deja como tarea para la casa practicar técnica de la relajación ademas de realizar otras actividades que le reduzcan la ansiedad o el estrés caminata, ejercicio ir de paseo al cine etc

Cierre de la sesión

Se hace un recuento de la sesión y se motiva a los participantes a seguir con la terapia y a realizar las tareas para la casa

Hoja de trabajo # 2 (sesión 6)

Lea las siguientes situaciones y para cada una de ellas escriba el pensamiento racional que usted considere debe ser el apropiado

Ejemplo

Situación Tengo una vecina que a pesar de que es maestra es una vulgar y siempre me grita malas palabras yo también se las he devuelto y esto me hace sentir ira

Pensamiento racional

Situación Soy una persona enferma mi vida ya no es la misma y la presión siempre me molesta Razón por la cual me siento deprimido

Pensamiento racional

Situación Tienen que operarme la vista y esto me tiene muy preocupado me da miedo quedar ciego Me siento ansioso y preocupado

Pensamiento racional

Situación Tengo mucho trabajo me siento muy presionado y siento que no voy a poder con esto! Me exigen demasiado! Me siento estresado

Pensamiento racional

Tarea para la casa (sesión 6)

Diga que otras actividades relajantes realizó durante la semana Utilice el espacio en blanco de esta hoja para describir las actividades que realizó

ACTIVIDADES REALIZADAS

SEPTIMA SESIÓN

Módulo 3 Afrontamiento

Tema Modelo de afrontamiento de Lazarus

Objetivos

Exponer a los participantes el modelo de afrontamiento según Lazarus

Lograr que los pacientes detecten las creencias y pensamientos irracionales mediante las evaluaciones primarias y secundarias de la situación estresante

Procedimiento

Se hace un breve repaso de lo tratado en la sesión anterior

Revisión de tareas

Se revisan las tareas para la casa cada participante refiere cuantas veces practicó la relajación y que otras actividades relajantes realizó

Exposición de tema

Se expone el tema del modelo de afrontamiento según Lazarus

Demanda del medio en cuanto amenaza

- o Demanda irrelevante**
- o Demanda relevante**

Los procesos de la evaluación de la situación estresante

Evaluación primaria

Evaluación secundaria

- o Desafío o reto**
- o Amenaza (estrés y ansiedad)**

- En este punto se hace énfasis en las pruebas aplicadas en el pretest sobre ansiedad y estrés

Formas de afrontamiento

- Dirigido al problema (modificable)
- Dirigido a la emoción (no modificable)

Posterior a esto se pasa a realizar el taller N° 1 en el que los participantes deberán valorar la situación estresante mediante evaluación primaria y secundaria esto se hará mediante preguntas que detecten creencias y pensamientos irracionales sobre la situación del participante

Se discute este taller con los participantes con el objetivo de que desarrollen una manera de pensar más racional dirigida al problema

Posterior a esto se realiza la técnica de la relajación muscular

Tarea para la casa

En casa los participantes deben identificar 5 situaciones que considere como amenazantes y por ende no modificables con respecto a su vida y a su enfermedad Igualmente deben identificar cinco situaciones que considere como un desafío o reto con respecto a su vida y a su enfermedad

Cierre de la sesión

Se hace un breve recuento de lo tratado en la sesión Se les pregunta a los participantes si aprendieron algo nuevo lo que más les gustó de la sesión Se les motiva a realizar las tareas para la casa

Hoja de trabajo # 1(Sesión 7)**Evalué su situación estresante mediante las siguientes preguntas****Evaluación primaria****¿Que significa esta enfermedad para mi?**

¿Puede hacerle frente y vivir con ella?

Evaluación secundaria**¿Que recursos personales tengo para hacerle frente a esta enfermedad?**

¿Cuales son las emociones positivas que posee con respecto a su enfermedad?

¿Es su enfermedad amenazante para usted a tal grado que le produce estrés y ansiedad?

¿Cuales son las emociones negativas que posee como para no poder hacerle frente a su enfermedad?

¿Cuales son las creencias o pensamientos irracionales que le hacen pensar que no puede modificar o cambiar situaciones relacionadas con su enfermedad?

¿De que manera le convendría pensar con respecto a su enfermedad?

Tarea para la casa (Sesión 7)

Identifique cinco (5) situaciones que usted considere amenazante y por ende no modificables con respecto a su vida y a su enfermedad

Situaciones amenazantes

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____

Identifique cinco (5) situaciones que usted considere como un reto o desafío a modificar con respecto a su vida y a su enfermedad

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____

OCTAVA SESIÓN

Módulo 3 Afrontamiento

Tema Estrategias de afrontamiento

Objetivos

Exponer el tema de las estrategias de afrontamiento del estres segun Lazarus

Lograr que los participantes comprendan y pongan en práctica las estrategias de afrontamiento expuestas

Reforzar la práctica de la técnica de la relajacion

Procedimiento

Puente desde la sesión anterior

Se hace un breve recuento de los aspectos importantes tratados en la sesión anterior

Revisión de las tareas para la casa

Se revisan brevemente las tareas para la casa donde cada participante expone uno por uno las situaciones amenazantes y desafiantes que identificó con respecto a su vida y a su enfermedad

Se expone entonces el tema de las estrategias de afrontamiento segun Lazarus

Estrategias de afrontamiento segun Tobin Holroyd Reynolds y Kigal (1989) basadas en la teoria de Lazarus y Folkman (1984)

- Resolución de problemas
- Autocritica
- Expresion emocional
- Pensamiento desiderativo
- Apoyo social
- Reestructuración cognitiva
- Evitación de problemas
- Retrada social

Se explica cada una de estas estrategias de afrontamiento luego se pasa a realiza el taller # 1 donde los participantes deben señalar cuál es la estrategia de afrontamiento que han utilizado hasta el momento con relacion a su enfermedad y a situaciones estresantes deben valorar en base a las estrategias expuestas si han estado teniendo buen afrontamiento de la enfermedad y las situaciones tensionantes Para ello deben apoyarse en el material de apoyo de la sesion 8 Posterior a esto se debatirá esta tarea con el grupo

Luego de esto se realiza la actividad de taller N 2 ante un listado de situaciones cotidianas los participantes deben elegir la estrategia adecuada para cada situación haciendo la salvedad de que tienen que pensar racionalmente y elegir la estrategia adecuada

Luego de esto se practica la tecnica de la relajación

Tarea para la casa

En la tarea para la casa los participantes deben identificar situaciones de su enfermedad que les gustaria modificar o cambiar y proponer cuál seria la estrategia de afrontamiento que le gustaria aplicar en cada situación

Cierre de la sesión

Se hace un breve recuento de lo trabajado en la sesión Se le pregunta al paciente si le ha gustado la sesión y se le motiva a realizar la tarea para la casa

Material de apoyo de la sesión # 8

Estrategias de afrontamiento segun Tobin Holroyd Reynolds y Kigal (1989) citados por Cano Rodriguez y Garcia (2006) fundamentadas en la teoria de Lazarus y Folkman

Resolución de problemas

Proceso a través del cual podemos reconocer las señales que identifican la presencia de una dificultad, anomalía y ser capaces de recolectar la información necesaria para resolver los problemas detectados y escoger e implementar las mejores alternativas de solución ya sea de manera individual o grupal

Autocrítica

Por definición la autocrítica es la acción de criticarse a uno mismo. Esto en esencia no parece algo negativo. Ser capaz de observarse y valorarse a uno mismo puede servir para no volver a cometer los mismos errores e ir mejorando a lo largo de la vida. Sin embargo para la mayoría de las personas, sobre todo las que padecen de baja autoestima, la autocrítica no es eso. Las personas autocríticas se juzgan continuamente utilizando para esos juicios unos criterios mucho más estrictos y rígidos de los que utilizan para juzgar a los demás.

Expresión emocional

La expresión emocional hace referencia a mensajes potentes no verbales de comunicación hacia los demás. Es la manera en que expresamos cómo nos sentimos. La expresión emocional regula la forma en que los demás reaccionan ante nosotros ya que mediante esta comunicamos nuestras emociones de forma efectiva. La misma constituye una estrategia a utilizar para ser una persona asertiva.

Pensamiento desiderativo

Hace referencia a fantasías de nivel inconsciente que expresan un deseo solicitud o suplica a no tener que hacerle frente a eventos o sucesos que la persona concibe como amenazantes difíciles de resolver o incapacitantes En esta estrategia de afrontamiento negativa las personas guardan la esperanza de que terceros solucionen sus problemas o el problema desaparezca o se solucione por sí solo

Apoyo social

Presencia o ausencia relativa de recursos psicológicos provenientes de otras personas significativas de tal manera que la persona percibe y asimila información que les permite creer que se preocupan por ellos y los quieren que son estimados y valorados que pertenecen a una red de comunicación y de obligaciones mutuas La importancia de esta definición estrategia radica en que la misma determina la operacionalización concreta del concepto de apoyo social y su medida

Reestructuración cognitiva

Es una de las técnicas cognitivos conductuales mas sugerentes mediante la cual el cliente con ayuda inicial del terapeuta identifica y cuestiona sus pensamientos desadaptativos de modo que queden sustituidos por otros más apropiados y se reduzca o se elimine la perturbación emocional y/o conductual

Evitación de problemas

La evitación de problemas hace referencia al escape de la situación problemática puede considerarse en sí misma una estrategia de afrontamiento negativa espontánea contraproducente ya que ocasionalmente impide un incremento puntual de la ansiedad pero la realidad es contribuye a su sostenimiento y perpetuación

Retirada social

Se define como la soledad experimentada por el individuo que se caracteriza por la disminución o ausencia total de relaciones sociales y/ o familiares no hay personas significativas Esta estrategia de afrontamiento negativa a su vez se acompaña de ira, hostilidad y baja autoestima

Hoja de taller # 1(Sesión 8)

Señale dos (2) situaciones con relación a su enfermedad y dos (2) situaciones que les resultan estresantes y señale cual de las de las estrategias de afrontamiento expuestas ha utilizado hasta el momento en cada caso

Situaciones	
Con relación a la enfermedad	Estrategia de afrontamiento utilizada
1	
2	

En una escala del 1 al 10 valore que tan eficiente ha sido esta estrategia Donde 1 es poco y 10 mucho

Situación 1 Valor _____

Situación 2 Valor _____

Situaciones	
Con relacion al estrés	Estrategia de afrontamiento utilizada
1	
2	

En una escala del 1 al 10 valore que tan eficiente ha sido esta estrategia Donde 1 es poco y 10 mucho

Situación 1 Valor _____

Situación 2 Valor _____

Hoja de taller # 2 (sesion 8)

Lea cada una de las siguientes situaciones y diga qué tipo de estrategia de afrontamiento seria el adecuado en cada situación haciendo uso de los pensamientos racionales Las estrategias de afrontamiento adecuado pueden ser más de uno

Situación	Estrategia de afrontamiento adecuada
Siento que no puedo con tantos problemas la cabeza me va a explotar no puedo hacerle frente a todo esto	
Me he sentido tan estresado que me duele todo el cuerpo y ya no puedo ni dormir bien	
Cuando me siento tan presionado o con demasiados problemas leo la Biblia y medito para luego ver qué puedo hacer	
No he pagado la luz ni el teléfono ni el agua voy a esperar que alguien se compadezca de mi y me cancele todas estas cuentas	
Me quedé sin trabajo pero no me voy a afanar por eso voy a entregar curriculum en varias partes a ver que me sale o si no de alguna manera resuelvo	
Desde que me diagnosticaron hipertensión trato de sobrellevar mi enfermedad y de aprender a vivir con ella si me cuido bien todo estará bien	
Ahora mismo no tengo dinero me encuentro preocupado pero Dios me ayudara o alguien me tendera la mano	
Nadie me entiende la gente piensa que como me ven caminando soy muy saludable si supieran todo lo mal que la paso con esta enfermedad	

Tarea para la casa (sesión 8)

Identificar situaciones de su enfermedad que les gustaria modificar o cambiar y proponer cual seria la estrategia de afrontamiento que le gustaria aplicar en cada situación

Situacion de la enfermedad modificable	Estrategia de afrontamiento a utilizar

NOVENA SESIÓN

Módulo 3 Afrontamiento

Tema Resolución de problemas

Objetivo

- **Enseñar a los pacientes las diferentes técnicas de resolver problemas**
Lograr que los pacientes afronten sus problemas de manera racional
Mejorar los procesos de pensamiento racional en la resolución de problemas

Procedimiento

Puente desde la sesión anterior

Se hace un breve recuento de los aspectos importantes tratados en la sesión anterior

Revisión de tareas

Se revisa brevemente la tarea para la casa

Luego de esto se expone el tema de cómo hacerle frente a los problemas o resolución de conflictos

Resolución de problemas (concepto)

Fases de la resolución de problemas

- **Familiarizarse con el problema**
- **Busqueda de estrategias**
- **Llevar adelante la estrategia**
- **Llevar adelante el proceso**

Posterior a esto se realiza el taller N 1 donde el paciente haciendo uso de las estrategias de afrontamiento explicadas en sesiones anteriores va a solucionar el problema

que más le dificulta o se le hace difícil con respecto a su enfermedad usando las fases de resolución de problemas el terapeuta lo va guiando elegir las estrategias correctas hasta que el paciente sepa cómo hacerle frente al problema y solucionarlo

Posterior a esto el paciente debe expresar en una escala del 1 al 10 que tan difícil fue para él buscar la solución de su problema

Posterior a esto se aclaran y se refuerzan aspectos al paciente con relación al afrontamiento de su problema y se le motiva a tratar de resolverlos de la manera más racional posible para garantizar que el paciente haya comprendido el tema

Tarea para la casa

Los pacientes deberán poner en práctica lo aprendido durante la sesión y deberá llenar la hoja de tarea identificando una situación tensionante (casa, trabajo relaciones personal) que se le presente durante la semana antes de la próxima sesión con relación a su vida o enfermedad y resolverla utilizando las estrategias de afrontamiento y las fases de resolución de problemas luego de esto deberá valorar que tan difícil fue resolver el problema para él utilizando una escala del 1 al 10

Si actualmente el paciente no pasa por ninguna situación tensionante sugerirle a una persona familiar amigo o conocido que esté pasando por una situación tensionante y a ayudarlo a buscar las soluciones a su problema

Cierre de la sesión

Se hace un breve recuento de lo trabajado en la sesión Se le pregunta al paciente si le ha gustado la sesión y se le motiva a realizar la tarea para la casa

Tarea para la casa (sesión 9)

Identifique un problema o situación tensionante que este atravesando actualmente o que se le presente durante la semana antes de la próxima sesión y ponga en práctica las fases de resolución de problemas

Si actualmente no atraviesa por ninguna situación tensionante en su vida o durante la semana ayude a otra persona (familiar amigo conocido) que esté pasando por una situación tensionante y ayúdelo a resolver su problema

Fase 1**Familiarización con el problema (definalo)**

¿Cual es el problema?

¿Qué sintió ante este problema?

¿Qué pense ante este problema?

Fase 2**Busqueda de estrategias para solucionarlo**

¿Cuáles son las estrategias que considere utilizar ante este problema?

¿Cuales son las ventajas de esta estrategia?

¿Cuales son las desventajas de esta estrategia?

Fase 3

Llevar adelante la estrategia (elegir estrategia)

¿Qué decision tomó?

¿Cuáles son las ventajas de esta decisión?

¿Cuáles son las desventajas de esta decisión?

Fase 4

Llevar adelante el proceso (poner en practica la estrategia)

Describe como procedió

Valoración

En una escala del 1 al 10 diga qué tan eficiente le resulto esta estrategia para solucionar su problema

DECIMA SESIÓN

Módulo 3 Afrontamiento

Tema Manejo de la asertividad racional emotiva

Objetivos

Exponer el tema de la asertividad racional emotiva conductual

Lograr el manejo de dificultades en la comunicación interpersonal al expresar los sentimientos con respecto a si mismo y a los demás

Trabajar sobre la ansiedad estrés ideas irracionales valores o creencias que en alguna u otra forma dificultan la expresión de la asertividad

Adquirir habilidades para expresar de forma mas eficaz sus opiniones sentimientos y deseos personales de una forma adecuada

Procedimiento

Se les pregunta a los pacientes como le ha ido en la ultima semana que cosas ha hecho cómo se ha sentido alguna novedad

Puente desde la sesión anterior

Se hace un breve recuento de los aspectos importantes tratados en la sesión anterior

Revisión de tareas

Se revisa brevemente la tarea para la casa

Se procede luego a exponer el tema de la asertividad

Concepto de asertividad

Expresión de la asertividad, diferencia entre conductas agresivas pasivas y asertivas

En este punto se realiza el taller N 1 con los pacientes estos deben hacer el ejercicio de identificar conductas agresivas pasivas y asertivas El terapeuta plantea situaciones y les pide a los pacientes que identifiquen las respuestas asertivas pasivas y agresivas Después se les pide a los pacientes que den sus propios ejemplos de estos tipos de conductas

Luego de esto se continua con la exposicion se habla del tema bloqueo de la asertividad Principales factores que pueden bloquear la asertividad Al concluir la exposición se realiza una discusión de estos factores se le solicita al paciente que ponga ejemplos de su vida personal

Tarea para la casa

Se deja como tarea para la casa un caso sobre asertividad y preguntas de reflexión sobre la propia asertividad

Cierre de la sesión

Se hace un recuento breve de la sesion y se le pregunta a los pacientes si tiene alguna pregunta duda se les motiva a realizar la tarea para la casa

Hoja de trabajo # 1 (sesión 10)

Ejemplos de frases agresivas pasivas y asertivas

FRASES AGRESIVAS

ya no aguanto más esto es insoportable tengo que decirle algo como sea a
ver si se cree que soy idiota

oye a ti nadie te ha pedido la opinión

Eres un imbécil

Lo que yo haga a ti no te importa

Siempre andas con tus estupideces

no sirves para nada

FRASES PASIVAS

Hare lo que tu quieres

Si quieres que fume está bien fumamos

Si no quieres que vaya a la fiesta no iré lo que tu decidas está bien para mi

Esperare hasta que alguien se acuerde de mi me llame y venga a buscarme

FRASES ASERTIVAS

Tienes razón tendria que habertelo devuelto antes pero es que soy un despistado

Te prometo que la próxima vez me esforzaré en devolvértelo mas pronto

me gustaria que me acompañaras al supermercado pero si no puedes ahora
iremos mas tarde

Sé que me equivoqué pero tendré más cuidado de ahora en adelante

Hoy no puedo atenderte pero si vienes mañana con mucho gusto veré en que
puedo ayudarte

Hoja de taller # 1 (sesión 10)

Identifique de las siguientes expresiones dadas las frases agresivas pasivas y agresivas Marque con una (X) sobre la opción de respuesta que considera apropiada para cada frase

FRASE	ASERTIVA	PASIVA	AGRESIVA
Entiendo que el autobus viene con retraso pero podemos subir todos sin necesidad de empujarnos			
Oye tu te has equivocado te pagué con un billete de 10 dólares y solo me das 25 centavos de vuelto! no sabes sacar cuenta o qué!			
No pasa nada ha sido mi culpa que su perro me haya mordido solo por acariciarlo debí preguntar antes si mordía			
Es una pena realmente estaba interesado en este trabajo pero bueno seguiré buscando hasta encontrar un trabajo			
No gracias puedo irme solo! No pienso subir al carro de un maldito borracho!			
Me debes dinero pero te voy a prestar de nuevo tu lo necesitas más que yo			

Hoja de taller # 2 (sesión 10)

Describe una o dos situaciones por la que esté pasando y describe la frase asertiva que le gustaría utilizar

SITUACIÓN	FRASE ASERTIVA

Tarea para la casa (sesión 10)

A continuación se le presenta un escrito de una persona con problemas de asertividad. El contenido está plasmado tal cual lo puso esta persona.

Siempre que estoy en el trabajo me fijo en Álvaro. Cada cosa que le oigo decir me molesta. Es un estúpido y dice las mayores idioteces con una seguridad. Le odio.

Suelo estar muy tenso. Sé que no debo dejar que esto afecte al resto de mis relaciones fuera del trabajo, pero ayer, por ejemplo, sentados cada uno en su mesa...

Álvaro comentó qué poco les queda a algunos para irse de vacaciones, en clara alusión a mí. Le contesté bastante tenso que diez días eran mucho tiempo aún. Me dijo que a él le quedaba mes y medio y le contesté que cuando le quedaran 10 días como a mí ya me diría cómo estaba. Él contestó algo en voz baja. Yo estaba de espaldas a él en la computadora y no le mire ni le pregunté. Estaba ya tan tenso que pensaba que iba a estallar. Fui incapaz de hablar, sentía un nudo en la garganta.

Tengo mucho miedo a contestarle. Estoy tan tenso que pienso que mi voz va a salir quebrada. Le odio totalmente. No le soporto, me siento tan inseguro y él está tan tranquilo. Creo que dijo aquello (lo de las vacaciones) para hacerme reaccionar y yo he caído como un estúpido.

Él siempre tiene razón y yo no. Me supera, es mejor que yo. Con Ana me va a pasar lo mismo. ¿Cómo puedo pensar en salir con ella? Duraríamos una semana.

Cada vez que tengo que hablar con alguien del trabajo me entra una tensión horrible, me bloqueo y me sale una voz afectada. Eso me deja completamente abatido.

¿A qué estilo crees que corresponde el perfil de esta persona?

¿Al de una persona agresiva, pasiva o asertiva?

Tras haber leído este caso reflexione un poco ¿qué situaciones de su vida le hacen sentir inseguro? Haga un listado de esas situaciones

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____

¿Hay personas con las que se sientes mal incomodo irritado?

DECIMA PRIMERA SESIÓN

Módulo 3 Afrontamiento

Tema Asertividad Conocimiento y práctica de los derechos asertivos

Objetivos

Exponer los derechos asertivos al paciente

Lograr que el paciente ponga en práctica sus derechos asertivos

Practicar la técnica de desensibilización progresiva de Wolpe

Procedimiento

Se le pregunta al paciente cómo ha pasado la última semana, que cosas ha hecho cómo se ha sentido

Puente desde la sesión anterior

Se hace un breve recuento de los aspectos importantes tratados en la sesión anterior

Revisión de tareas

Se revisa brevemente la tarea para la casa

Se expone y se discute el tema de los derechos asertivos Se presenta una tabla con los 10 derechos asertivos principales En este punto se les solicita a los pacientes que den ejemplos de sus derechos asertivos en aquellas áreas en las cuales deben trabajar de manera puntual para mejorar su asertividad El terapeuta les brinda las correcciones pertinentes

Se utiliza la técnica de lluvia de ideas para encontrar posibles acciones que el paciente puede emprender para aplicar o practicar sus derechos asertivos

Posterior a esto se practica la desensibilización progresiva de J Wolpe para enfocada al dominio de ansiedad que interfiere con la expresión de comportamientos asertivos Se explican las siguientes etapas de la terapia

- **Entrenamiento en relajación profunda**
- **Construcción de una jerarquía de estímulos o situaciones que provocan ansiedad**
- **Desensibilización propiamente dicha** el paciente debe seleccionar una de las situaciones que le provoca ansiedad y trata de revivirla lo más nitidamente posible a nivel imaginativo cuando la ansiedad aparece el sujeto se relaja y sigue pensando en la situación El procedimiento se repite hasta que el paciente sea capaz de pensar en la situación sin que esto le provoque ansiedad Después se sigue con la próxima situación
- **Prueba de generalización en vivo** cuando en la vida real el paciente se sienta ansioso el paciente sepa como inhibir esa ansiedad (contracondicionamiento) primero a nivel de imaginación y después en vivo

Tarea para la casa

Se deja como tarea para la casa la práctica de la técnica de desensibilización progresiva

Cierre de la sesión

Se hace un recuento breve de la sesión y se le pregunta a los pacientes si tienen alguna pregunta duda se le motiva a realizar la tarea para la casa

Material de apoyo de la sesión 11

10 DERECHOS ASERTIVOS PRINCIPALES

Tienes DERECHO A SER ASERTIVO y ello significa terminar con lo que nos produce vergüenza, con lo que despierta sentimientos de culpa con lo que produce miedo a ser evaluados de forma negativa, con lo que nos oprime nos ata a hacer algo que no queremos que no nos viene bien o simplemente no nos apetece

LOS DERECHOS ASERTIVOS BASICOS SON

1) Tienes derecho a ser feliz tienes el derecho a quererte a cuidarte a mimarte a pensar en ti a disfrutar de la vida, a amar a llorar cuando así lo sientas a reír a ilusionarte Al igual tienes derecho a que te quieran a que te cuiden a que te atiendan que te comprendan que te mimen que te ayuden

2) Tienes derecho a no tener un comportamiento asertivo pero recuerda que lo que hagas tienes el derecho de hacerlo porque quieras sin ser la <<marioneta>> de nadie

3) Tus deseos son tan importantes como los de los demás no debes anteponer los deseos de otro a los tuyos porque ese otro así lo quiera ¿Acaso siempre te ha de tocar perder a ti? Tienes derecho a establecer tus prioridades y a tomar tus propias decisiones sé tu!

4) Tienes el derecho de disfrutar de tus logros y de mostrar tus habilidades No te sientas mal si presumes de algo bueno que tienes! muéstralo valorate!

5) Tienes el derecho a un trato justo y a que no se aprovechen de ti No cedas ante lo que te haga sentir mal haz las críticas que consideres oportunas y recuerda que el hacer una crítica no significa herir al otro

6) Tienes derecho a pedir favores a pedir ayuda pero recuerda que el otro tiene el derecho a decir que <<no>> No te creas totalmente autosuficiente pues todos necesitamos de todos

7) Tienes derecho a expresar tus deseos tus sentimientos tus opiniones y a distribuir tu tiempo y tus intereses Son tan válidos tus deseos sentimientos pensamientos es tan valioso tu tiempo tanto o más que el de los demás Recuerda que hay gente que te hará sentir mal para manipularte y conseguir de ti lo que quiera, pues ante eso recuerda este derecho

8) Tienes el derecho de decir que <<no>> a rechazar peticiones (convertidas en obligaciones por quien te lo pide) y sin sentirte culpable Puedes dar lo mejor de ti pero sin que ello te suponga un costo alto para ti o para tu vida sin que se convierta en opresión para ti, en un compromiso que te haga perder tu libertad

9) Tienes derecho a cambiar de opinión Recuerda ese dicho popular << yo como no soy rio me puedo volver>> La percepción sobre las cosas de la vida cambia al igual que pasa el tiempo ¿por que no puede cambiar tu opinión sentimiento o pensamiento? y por lo tanto tu forma de actuar?

10) Tienes derecho a equivocarte No te sientas mal por ello de los errores siempre se aprende son lecciones de vida ¡ aprovéchalos!

Hoja de taller # 1 (sesión 11)

Después de conocer sus derechos asertivos identifique las áreas de su vida (sentimental enfermedad trabajo hogar relaciones interpersonales) en las que debe trabajar para mejorar su asertividad y señale cuáles serían las acciones que puede emprender para aplicar o practicar sus derechos asertivos en estas áreas

Área	Acciones a emprender para mejorar la Asertividad

DECIMA SEGUNDA SESIÓN

Módulo 3 Afrontamiento

Tema Resolución de problemas haciendo uso de habilidades para la expresión de la asertividad

Objetivos

- Exponer el tema de habilidades para la expresión de la asertividad
- Exponer los componentes no verbales y los componentes verbales de la asertividad

Procedimiento

Se les pregunta a los pacientes como le ha ido en la última semana como se ha sentido. Se le pregunta si realizaron la tarea.

Puente desde la sesión anterior

Se hace un breve recuento de los aspectos importantes tratados en la sesión anterior.

Revisión de tareas

Se revisa brevemente la tarea para la casa.

Se procede luego a exponer el tema de perfeccionamiento de las habilidades para la expresión de la asertividad.

Se exponen luego los componentes no verbales de la asertividad.

- Contacto visual
- Afecto
- Voz
- Pausas
- Gestos
- Postura corporal

Se exponen luego los componentes verbales de la asertividad

- **Expresión que denote comprensión de la postura del otro**
- **Expresión del problema**
- **Desacuerdo verbal**
- **Peticion de cambio de conducta**
- **Propuesta de solución**

Posterior a esto se realiza el taller N 1 donde los pacientes deben describir una situación problemática que les gustaría resolver de manera asertiva haciendo uso de los componentes no verbal y verbal de la asertividad. El terapeuta los irá guiando a la resolución de este problema. Posterior a esto los pacientes deben valorar en una escala del 1 al 10 qué tan fácil le resultó resolver este problema.

Tarea para la casa

Se deja como tarea para la casa que los pacientes valoren todo lo que han aprendido durante todo el tratamiento para ello deberán hacer un escrito donde plasmen todo esto. Las impresiones de cada uno de los pacientes será leída al grupo en la próxima y última sesión de tratamiento.

Cierre de la sesión

Se hace un breve recuento de lo trabajado en la sesión. Se le pregunta al paciente si le ha gustado la sesión y se les motiva a realizar la tarea para la casa.

Hoja de taller N 1

Describa una situación problemática que le gustaria resolver de manera asertiva haciendo uso de los componentes no verbal y verbal de la asertividad Valore en una escala del 1 al 10 qué tan facil le resultó resolver este problema

Situación

Describa la situación

Expresé los sentimientos que aparecen asociados a dicha situación o comportamiento

Especifique la forma en que desea que la situación cambie Si es un comportamiento presente en otra persona entonces debe especificar en qué sentido desea que este comportamiento cambie

Especifique las consecuencias que espera de esta situación ¿Si la situación cambia o no cambia que sucederia?

Tarea para la casa

Valore su situación Que tanto ha aprendido con este tratamiento terapéutico

Llena las siguientes interrogantes

¿Qué ha aprendido usted durante todo este tratamiento?

¿Cómo le gustaria pensar de ahora en adelante con respecto a usted y a su enfermedad?

¿Como le gustaria sentirse de ahora en adelante?

¿Cuál considera que ha sido su mayor dificultad en el manejo de su enfermedad?

¿Puede hacerle frente ahora?

¿Cuales han sido sus creencias irracionales con relación a su enfermedad?

¿Ha logrado pensar racionalmente con respecto a usted y a su enfermedad?

¿Le ha servido la relajacion para controlar el estrés y la ansiedad?

¿Considera que ha avanzado en el afrontamiento de su enfermedad?

¿Le gustaria seguir sintiéndose mejor y lograr afrontar su enfermedad adecuadamente?

DECIMA TERCERA SESIÓN

Integración del tratamiento

Objetivos

Retroalimentar la sesión con todos los temas tratados

Aplicar los postest de estrés y ansiedad

Procedimiento

Se procede a revisar las tareas para la casa donde cada participante exponga ante todo el grupo lo que aprendió durante todo el tratamiento Se les motiva a seguir poniendo en práctica lo aprendido

Se procede luego a retroalimentar los temas tratados durante todo el tratamiento resaltando los aspectos importantes de la terapia y recalcando sus beneficios

Posterior a esto se procede a aplicar las pruebas de estrés y ansiedad

Se agradece entonces a los pacientes por su participación y buena disposición a colaborar con este trabajo

9 Procedimiento para garantizar aspectos éticos en la investigación con seres humanos

Para garantizar los aspectos éticos de la investigación se procedió de la siguiente manera

Se pidió la colaboración de los sujetos elegidos para el estudio manifestándoles las intenciones del mismo y garantizando la confiabilidad de los datos (sin nombre con clave)

No obligando ni manipulando a los sujetos a que participaran en el estudio si no mostraban buena disposición

10 Procedimiento de investigación

Para el desarrollo de la investigación se procedió de la siguiente manera

Elección del tema de investigación y redacción del problema a investigar

Elaboración de objetivos y descripción del escenario

Recolección de información teórica respecto al tema de investigación y variables

Redacción de hipótesis

Definición conceptual y operacional de variables

Selección de sujetos

Elección de los instrumentos para medir las estrategias de afrontamiento y el estrés

Aplicación de pruebas piloto y realización de las correcciones pertinentes

Aplicación del instrumento a la muestra seleccionada

Tabulación y análisis estadístico de acuerdo a los objetivos e hipótesis planteadas

11 Análisis estadístico de los datos

Los resultados de este estudio fueron presentados en gráficos y tablas que detallan cada una de las variables estudiadas. Los datos fueron analizados cuantitativamente mediante la prueba estadística t de Student para datos independientes y cualitativamente los resultados también se analizaron y contrastaron teóricamente.

12 Aspectos administrativos

Los aspectos administrativos se presentan en el siguiente cuadro

Recursos		
Humanos	Materiales	Financieros
Asesor de tesis Pacientes participantes de la terapia investigador	Copias Libros tesis computadoras proyector internet	1050 Balboas

IV RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de la muestra total que participo en esta investigación cuyas variables estudiadas fueron el estrés la ansiedad y las estrategias de afrontamiento tanto negativas como positivas

El cuadro # 1 presenta los datos generales del grupo experimental

CUADRO # 1

Datos generales del grupo experimental (n =8)

Sujeto	Sexo	Edad	Estado civil	Educación
1	F	61	Divorciada	Media
2	F	50	Unida	Pre media
3	M	54	Divorciado	Universitario
4	F	57	Soltera	Primaria
5	F	35	Casada	Media
6	M	46	Casado	Universitario
7	F	72	Divorciada	Media
8	F	68	Casada	Media

El cuadro presenta las características generales del grupo experimental que estuvo formada en un 75% por mujeres y solo un 25% por hombres. La persona más joven del grupo tiene 35 años y la mayor 72 años. La media de edad para el grupo experimental es de 55.3 años. El 37.5% del grupo experimental están casados, otro 37.5% están divorciados, el 12.5% están unidos y en iguales porcentajes otro 12.5% están soltero. El 50% del grupo tiene una educación media, en menores porcentajes un 25% tiene una educación universitaria, un 12.5% tiene una educación de primaria y otro 12.5% tiene una educación de pre media.

CUADRO # 2

Datos generales del grupo control (n =8)

SUJETO	SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	EDUCACIÓN
1	F	66	Soltera	Media
2	M	68	Casado	Media
3	F	54	Viuda	Universitaria
4	F	64	Soltera	Media
5	M	42	Soltero	Universitario
6	M	64	Casado	Universitario
7	F	45	Casada	Media
8	M	62	Unido	Premedia

El presente cuadro muestra las características generales del grupo control. El mismo estuvo compuesto por 8 sujetos, el 50% del mismo estuvo compuesto por hombres y otro 50% por mujeres. La persona más joven del grupo tiene 42 años, la mayor tiene 68 años. La media de edad de este grupo es de 58,1 años. El 37,5% de la muestra están solteros, otro 37,5% están casados, en menores porcentajes un 12,5% está unido y un 12,5% corresponde a viudo. Por otra parte, el 50% del grupo tiene una educación media, en menor porcentaje un 37,5% tiene una educación universitaria y un 12,5% tiene una educación de pre media.

CUADRO # 3

Cuadro general de resultados de los postest aplicados

Resultados de los postest aplicados				
Pruebas	Grupo experimental		Grupo control	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
Cuestionario de estrés percibido (CEP)	74 62	19 53	55 62	19 23
Escala de ansiedad de Hamilton	5 25	1 16	9 625	4 69
Escala de resolución de problemas del inventario de estrategias de afrontamiento (IEA)	15	3 21	8 12	1 54
Escala de Autocritica (AUC) del inventario de estrategias de afrontamiento (IEA)	6 875	1 36	9 75	2 19
Escala de Expresion Emocional (EEM) del inventario de estrategias de afrontamiento (IEA)	14 75	1 83	7 5	1 77
Escala de Pensamiento Desiderativo (PSD) del inventario de estrategias de afrontamiento (IEA)	10 5	2 97	14 62	2 23
Escala de Apoyo Social(APS) del inventario de estrategias de afrontamiento (IEA)	15 25	3 19	6 875	2 59
Escala de Reestructuración Cognitiva(REC) del inventario de estrategias de afrontamiento (IEA)	15 25	2 38	5 375	2 35
Escala de Evitación de Problemas(EVP) del inventario de estrategias de afrontamiento (IEA)	3 25	1 19	6	1 93
Escala de Retirada Social (RES) del inventario de estrategias de afrontamiento (IEA)	4 75	1 67	8 5	1 41

El presente cuadro muestra los resultados generales de las pruebas aplicadas tanto al grupo experimental como control en el postest. En el cuestionario de estrés percibido (CEP) el grupo experimental obtuvo una \bar{X} de 74 62 (correspondiente a un nivel medio) y el grupo control obtuvo una \bar{X} de 55 62 (correspondiente también a un nivel medio). Puede

observarse que aunque ambos grupos puntuaron en un nivel medio la media del grupo experimental fue levemente menor que la del grupo control

En la escala de ansiedad de Hamilton el grupo experimental obtuvo una media de ansiedad menor ($\bar{X}=5.25$) que la del grupo control ($\bar{X}=9.625$)

En la escala de resolución de problemas del inventario de estrategias de afrontamiento (CEA) el grupo experimental obtuvo una \bar{X} de resolución de problemas de 15 (correspondiente a un nivel alto) y el grupo control una \bar{X} menor de 8.12 (correspondiente a un nivel medio) En la escala de autocrítica (AUC) del inventario de estrategias de afrontamiento (CEA) el grupo experimental obtuvo una \bar{X} de 6.875 (correspondiente a un nivel medio) y el grupo control una \bar{X} ligeramente mayor de 9.75 (correspondiente también a un nivel medio)

En la escala de expresión emocional (EEM) del inventario de estrategias de afrontamiento (CEA) el grupo experimental obtuvo una media mayor de expresión emocional ($\bar{X}=14.75$ ubicándose en un nivel alto) en comparación con el grupo control que obtuvo una $\bar{X}=7.5$ ubicándose en un nivel medio

En la escala de pensamiento desiderativo (PSD) del inventario de estrategias de afrontamiento (IEA) el grupo experimental obtuvo una \bar{X} de 10.5 (puntuando en un nivel medio) y el grupo control una \bar{X} mucho mayor de 14.62 (puntuando en un nivel alto)

En la escala de apoyo social (APS) del inventario de estrategias de afrontamiento (CEP) el grupo experimental obtuvo una \bar{X} de 15.25 correspondiente a un nivel alto y el grupo control obtuvo una \bar{X} de 6.875 correspondiente a un nivel medio

En la escala de reestructuración cognitiva (RC) del inventario de estrategias de afrontamiento (IEA) el grupo experimental obtuvo una \bar{X} de 15.25 ubicándose en un nivel alto en y el grupo control una \bar{X} mucho menor de 5.375 correspondiente a un nivel bajo En la escala de evitación de problemas (EVP) del inventario de estrategias de afrontamiento (IEA) el grupo experimental obtuvo una \bar{X} de 3.25 ubicándose en un nivel bajo y el grupo control una \bar{X} de 6 ubicándose también en un nivel bajo no se evidencia diferencia entre ambas medias

En la escala de retirada social (RES) del inventario de estrategias de afrontamiento (IEA) el grupo experimental obtuvo una \bar{X} de 47,5 correspondiente a un nivel bajo y el grupo control una \bar{X} de 8,5 correspondiente a un nivel medio

CUADRO # 4

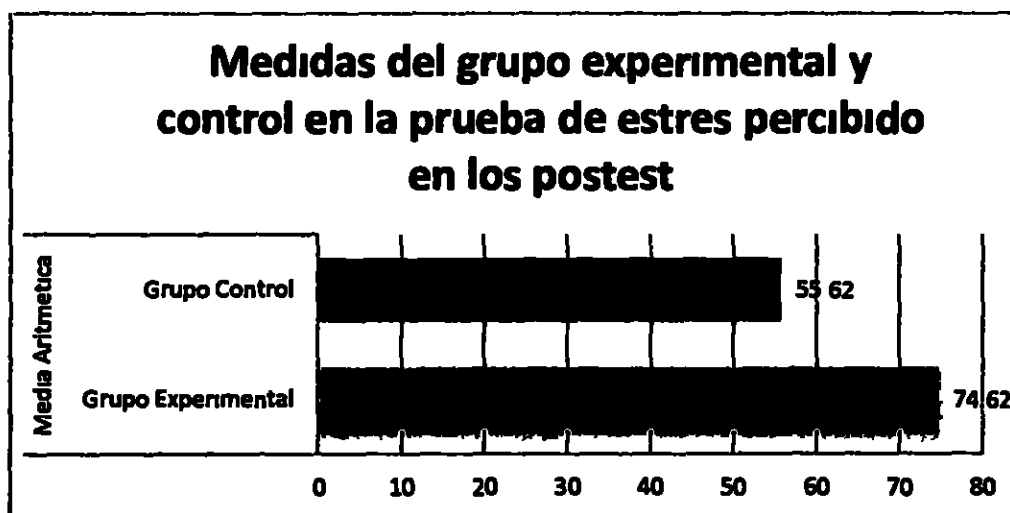
Resultados de la prueba de estrés percibido (CEP) para el grupo experimental y control en el pretest y posttest

N de sujeto	Grupo experimental			
	Pretest		Posttest	
	Puntaje obtenido	Nivel de estrés	Puntaje obtenido	Nivel de estrés
1	58	Medio	83	Bajo
2	35	Alto	45	Medio
3	42	Medio	80	Medio
4	30	Alto	43	Medio
5	49	Medio	77	Medio
6	68	Medio	89	Bajo
7	75	Medio	92	Bajo
8	63	Medio	88	Bajo
	$\bar{X}=52,5$		$\bar{X}=74,62$	
N de sujeto	Grupo control			
	Pretest		Posttest	
	Puntaje obtenido	Nivel de estrés	Puntaje obtenido	Nivel de estrés
1	41	Medio	43	Medio
2	45	Medio	44	Medio
3	75	Medio	70	Medio
4	36	Alto	36	Alto
5	54	Medio	30	Alto
6	62	Medio	74	Medio
7	60	Medio	78	Medio
8	78	Medio	70	Medio
	$\bar{X}=56,37$		$\bar{X}=55,62$	

Este cuadro muestra los resultados de la prueba de estrés percibido aplicado a la muestra en estudio. Se observa que en el pretest la media del grupo experimental ($\bar{X} = 52,5$) no difiere mucho de la media del grupo control ($\bar{X} = 56,37$), ambos grupos presentaron niveles medios y altos de estrés, aunque la media del grupo experimental fue levemente mayor a la del grupo control. Se recuerda que esta prueba de estrés utiliza una escala inversa de interpretación que señala que a menor puntaje mayor nivel de estrés y viceversa.

En el posttest del grupo experimental los niveles de estrés fueron en un 50% medio y otro 50% bajo, mientras que en el grupo control los niveles de estrés fueron en un 75% medio y solo un 25% bajo. Se puede también observar en la gráfica # 1 que en el posttest de estrés aplicado a los dos grupos, el grupo experimental obtuvo una media menor de estrés ($\bar{X} = 74,62$) en comparación al grupo control que obtuvo una media levemente mayor ($\bar{X} = 55,62$).

GRAFICA # 1



Fuente: Cuestionario de estrés percibido (CEP) aplicado a la muestra en estudio.

CUADRO # 5

Resultados de la prueba de ansiedad para el grupo experimental y control en el pretest y postest

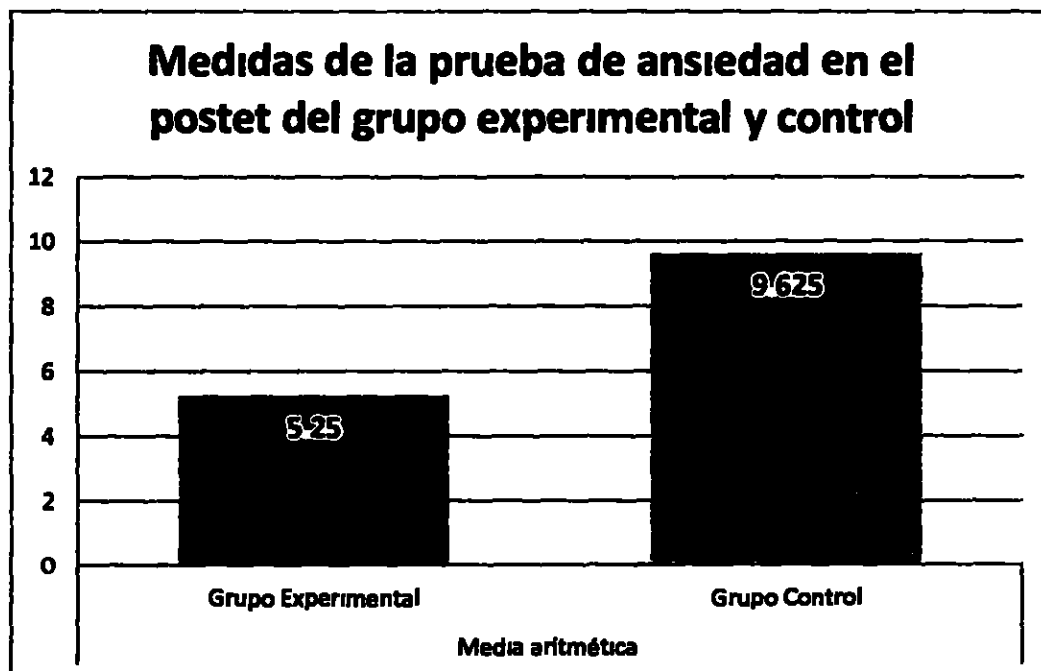
N de sujeto	Grupo experimental			
	Pretest		Postet	
	Puntaje obtenido	Nivel de ansiedad	Puntaje obtenido	Nivel de ansiedad
1	10	Leve	5	Ausente
2	9	Leve	5	Ausente
3	7	Leve	4	Ausente
4	18	Moderado	7	Leve
5	20	Moderado	7	Leve
6	14	Leve	5	Ausente
7	8	Leve	5	Ausente
8	8	Leve	4	Ausente
	$\bar{X}=11.75$		$\bar{X}=5.25$	
N de sujeto	Grupo control			
	Pretest		Postet	
	Puntaje obtenido	Nivel de ansiedad	Puntaje obtenido	Nivel de ansiedad
1	11	Leve	8	Leve
2	9	Leve	4	Ausente
3	17	Moderado	13	Leve
4	6	Leve	8	Leve
5	16	Leve	14	Leve
6	11	Leve	9	Leve
7	8	Leve	4	Ausente
8	13	Leve	17	Leve
	$\bar{X}=11$		$\bar{X}=9.625$	

El cuadro # 5 contiene los resultados de los pretest y postest de la prueba de ansiedad aplicada al grupo control y experimental. Se puede observar en el cuadro que la media en el pretest tanto del grupo control ($\bar{X} = 11$) como experimental ($\bar{X} = 11.75$) resultaron prácticamente idénticas con niveles de ansiedad entre leves y moderado. En el

postest del grupo experimental podemos observar que el 75% de los participantes obtuvieron niveles ausentes de ansiedad y un 25% niveles leves mientras que en el grupo control solo un 25% obtuvo niveles leves de ansiedad y en su mayoría un 75% obtuvieron niveles leves

En la gráfica # 2 se puede observar que la media del grupo experimental ($\bar{X} = 5.25$) fue menor que la del grupo control ($\bar{X} = 9.625$) después de haber implementado al grupo experimental un entrenamiento en terapia racional emotiva conductual

GRAFICA # 2



Fuente Escala de ansiedad de Hamilton aplicada a la muestra en estudio

CUADRO # 6

Comparación del pretest y postest del grupo experimental y control en las puntuaciones de la escala de Resolución de problemas (REP) del inventario de estrategias de afrontamiento

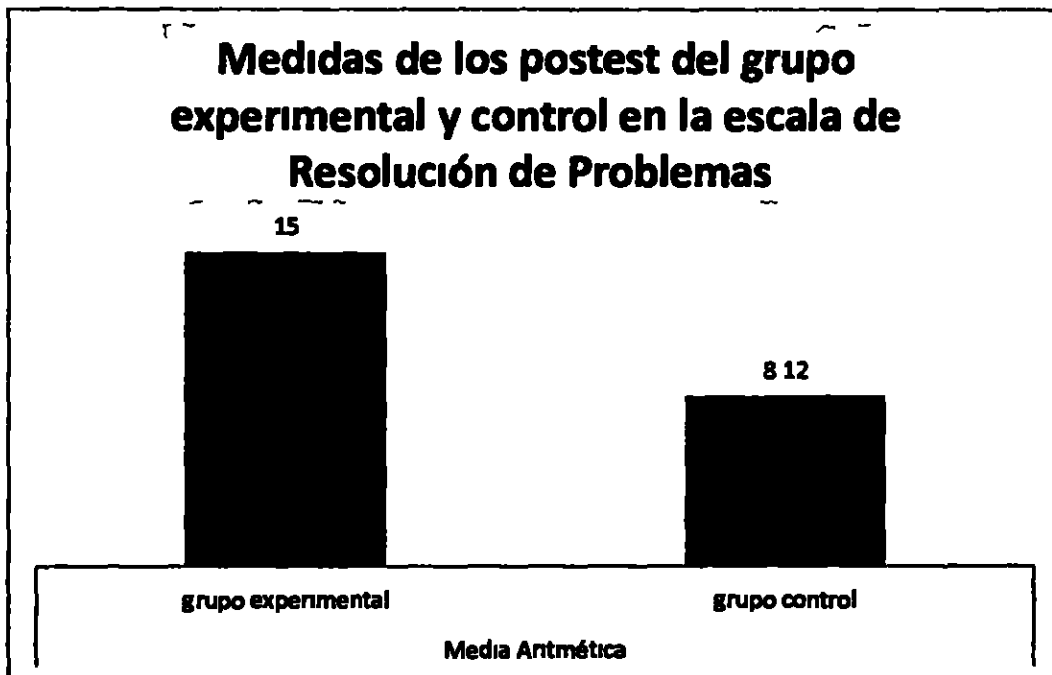
N de sujeto	Escala de Resolución de problemas REP (Pretest)			
	Puntuaciones			
	Grupo experimental	Nivel	Grupo control	Nivel
1	7	Medio	9	Medio
2	8	Medio	8	Medio
3	10	Medio	7	Medio
4	8	Medio	7	Medio
5	10	Medio	9	Medio
6	11	Medio	11	Medio
7	9	Medio	10	Medio
8	8	Medio	8	Medio
	$\bar{X}=8.875$		$\bar{X}=8.625$	
N de sujeto	Escala de Resolución de problemas REP (Postest)			
	Puntuaciones			
	Grupo experimental	Nivel	Grupo control	Nivel
1	10	Medio	8	Medio
2	12	Medio	6	Bajo
3	16	Alto	8	Medio
4	14	Alto	9	Medio
5	14	Alto	6	Bajo
6	20	Alto	10	Medio
7	18	Alto	8	Medio
8	16	Alto	10	Medio
	$\bar{X}=15$		$\bar{X}=8.125$	

Se puede observar en el pretest de la escala de resolución de problemas que la media del grupo experimental ($\bar{X}=8.875$) no difiere de la media del grupo control ($\bar{X}=8.625$) y ambos grupos inicialmente obtuvieron puntuaciones medias de resolución de problemas

En el postest de esta escala podemos notar que el grupo control obtuvo una media mayor de resolución de problemas ($\bar{X}=15$) en comparación con el grupo control que se mantuvo en las mismas condiciones iniciales ($\bar{X}=8.125$) la gráfica # 3 ilustra este

resultado un 75% del grupo experimental obtuvo niveles altos de resolución de problemas y solo un 25 % obtuvo niveles medios. Por su parte en el grupo control el 75% presentó niveles medios de resolución de problemas y un 25% presentó niveles bajos.

GRAFICA # 3



Fuente: Escala de Resolución de problemas (RP) del inventario de estrategias de afrontamiento (IEA)

CUADRO # 7

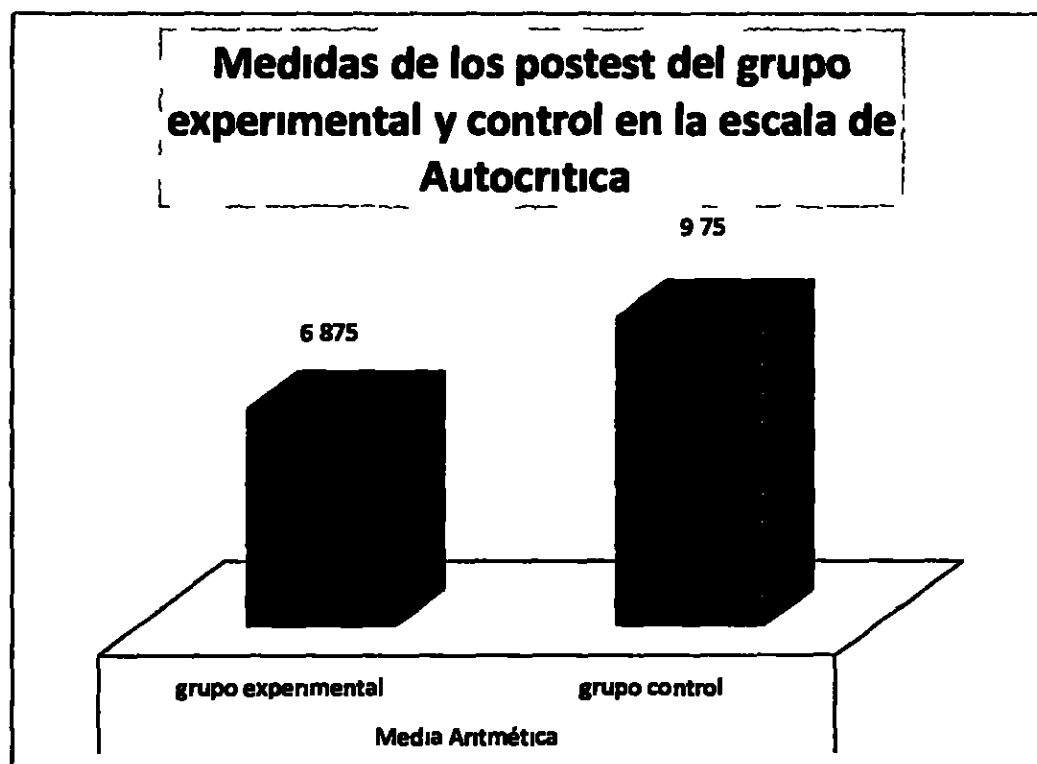
Comparación del pretest y postest del grupo experimental y control en las puntuaciones de la escala de Autocritica (AUC) del inventario de estrategias de afrontamiento

N de sujeto	Escala de Autocritica AUC (Pretest)			
	Puntuaciones			
	Grupo experimental	Nivel	Grupo control	Nivel
1	12	Medio	13	Medio
2	10	Medio	11	Medio
3	9	Medio	8	Medio
4	10	Medio	8	Medio
5	11	Medio	8	Medio
6	8	Medio	10	Medio
7	12	Medio	10	Medio
8	8	Medio	13	Medio
	$\bar{X}=10$		$\bar{X}=9.125$	
N de sujeto	Escala de Autocritica AUC (Postest)			
	Puntuaciones			
	Grupo experimental	Nivel	Grupo control	Nivel
1	9	Medio	12	Medio
2	7	Medio	12	Medio
3	6	Bajo	7	Medio
4	6	Bajo	10	Medio
5	8	Medio	7	Medio
6	5	Bajo	8	Medio
7	8	Medio	10	Medio
8	6	Bajo	12	Medio
	$\bar{X}=6.875$		$\bar{X}=9.75$	

El cuadro muestra los resultados de los pretest y postest de la escala de autocritica del inventario de estrategias de afrontamiento aplicado a los grupos experimental y control. Se puede observar que inicialmente la media del grupo experimental ($\bar{X}=10$) no difiere de la media del grupo control ($\bar{X}=9.125$), ambos grupos presentaron niveles medios de autocritica.

En el postest de esta escala el grupo experimental obtuvo una media menor de autocrítica ($\bar{X} = 6.875$) en comparación con el grupo control ($\bar{X} = 9.75$) la gráfica # 4 muestra este resultado el 50% del grupo experimental presentó niveles medios de autocrítica y en iguales porcentajes otro 50% niveles bajos. Por su parte en el grupo control en un 100% presentó niveles medios de autocrítica manteniéndose en las condiciones iniciales de medición del pretest.

GRAFICA # 4



Fuente: Escala de Autocrítica (AUC) del inventario de estrategias de afrontamiento (IEA)

CUADRO # 8

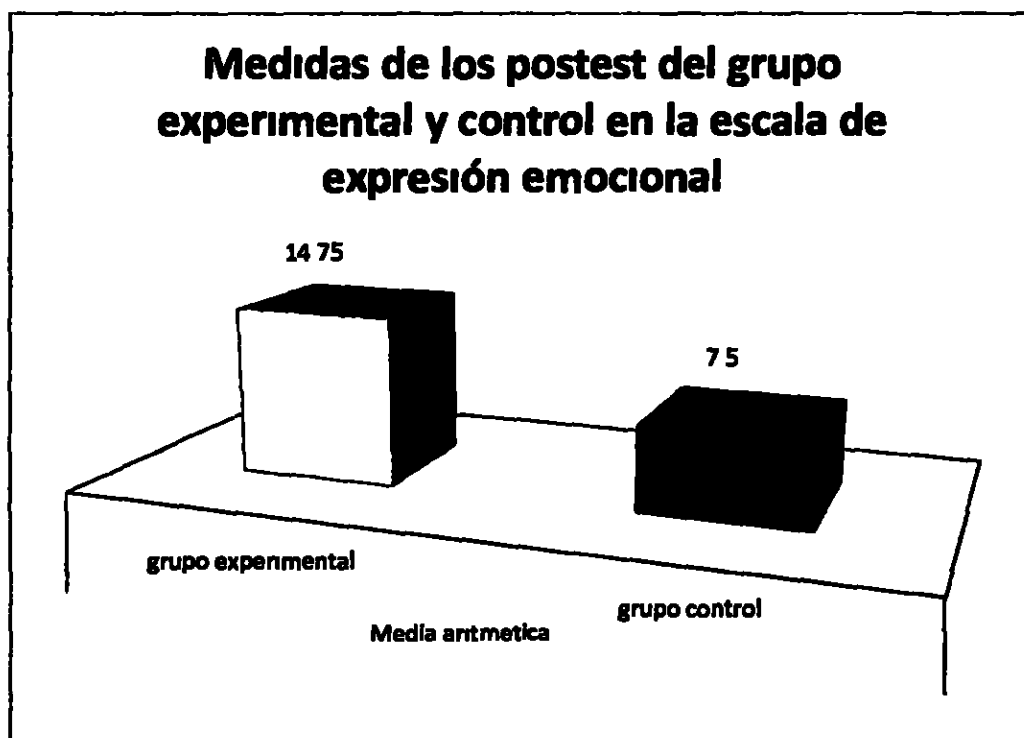
Comparación del pretest y postest del grupo experimental y control en las puntuaciones de la escala de Expresión Emocional (EEM) del inventario de estrategias de afrontamiento

N de sujeto	Escala de Expresión Emocional EEM (Pretest)			
	Puntuaciones			
	Grupo experimental	Nivel	Grupo control	Nivel
1	9	Medio	8	Medio
2	10	Medio	9	Medio
3	8	Medio	7	Medio
4	8	Medio	8	Medio
5	9	Medio	6	Bajo
6	10	Medio	9	Medio
7	8	Medio	7	Medio
8	7	Medio	10	Medio
	$\bar{X} = 8.625$		$\bar{X} = 8$	
N de sujeto	Escala de Expresión Emocional EEM (Postest)			
	Puntuaciones			
	Grupo experimental	Nivel	Grupo control	Nivel
1	14	Alto	9	Medio
2	12	Medio	7	Medio
3	16	Alto	6	Bajo
4	16	Alto	9	Medio
5	16	Alto	4	Bajo
6	16	Alto	8	Medio
7	16	Alto	8	Medio
8	12	Alto	9	Medio
	$\bar{X} = 14.75$		$\bar{X} = 7.5$	

En este cuadro podemos ver que en el pretest de la escala de expresión emocional el grupo experimental obtuvo una media de ($\bar{X} = 8.625$) y el grupo control una media de ($\bar{X} = 8$) manteniéndose así en iguales condiciones todos los sujetos del grupo experimental presentaron niveles medios de expresión emocional y en el grupo control la mayoría (87.5%) presentó niveles medios y solo un 12.5% correspondiente al sujeto 6 presentó niveles bajos de expresión emocional

En el postest de esta escala el grupo experimental obtuvo una media mucho mayor ($\bar{X} = 14.75$) en comparación con el grupo control ($\bar{X} = 7.5$) la gráfica # 5 contiene este resultado el 87.5% del grupo experimental presentó niveles altos de expresión emocional y solo un 12.5% fue de nivel medio correspondiente al sujeto 2 en el grupo control el 75% presentó niveles medio de expresión emocional y un 25% presentó niveles bajos en esta escala

GRAFICA # 5



Fuente Escala de Expresión Emocional (EEM) del inventario de estrategias de afrontamiento (IEA)

CUADRO # 9

Comparación del pretest y postest del grupo experimental y control en las puntuaciones de la escala de Pensamiento Desiderativo (PSD) del inventario de estrategias de afrontamiento

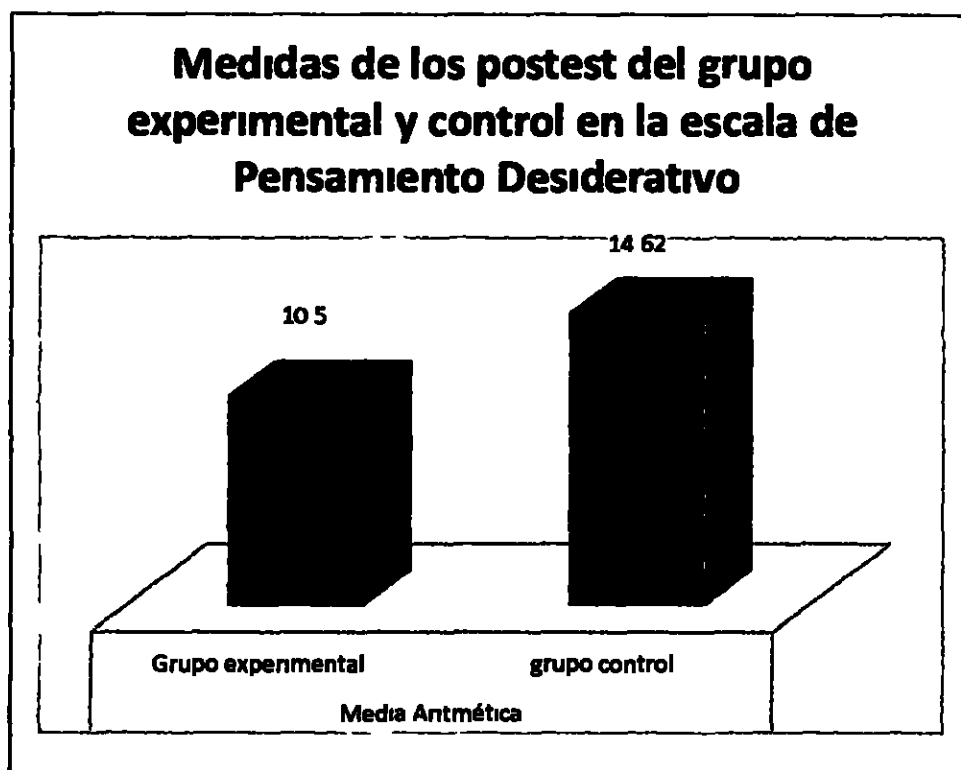
N de sujeto	Escala de Pensamiento Desiderativo (PSD) (Pretest)			
	Puntuaciones			
	Grupo experimental	Nivel	Grupo control	Nivel
1	11	Medio	8	Medio
2	12	Medio	18	Alto
3	10	Medio	17	Alto
4	14	Alto	14	Alto
5	17	Alto	18	Alto
6	18	Alto	11	Medio
7	15	Alto	12	Medio
8	17	Alto	18	Alto
	$\bar{X} = 14.25$		$\bar{X} = 14.5$	
N de sujeto	Escala de Pensamiento Desiderativo (PSD) (Postest)			
	Puntuaciones			
	Grupo experimental	Nivel	Grupo control	Nivel
1	14	medio	10	Medio
2	8	Medio	16	Alto
3	8	Medio	16	Alto
4	8	Medio	15	Alto
5	16	Medio	16	Alto
6	10	Medio	14	Alto
7	10	Medio	13	Medio
8	10	Medio	17	Alto
	$\bar{X} = 10.5$		$\bar{X} = 14.625$	

Este cuadro contiene los resultados del pretest y postest de la escala de pensamiento desiderativo del inventario de estrategias de afrontamiento aplicado al grupo experimental y control podemos observar que la media del pretest en esta escala para el grupo experimental ($\bar{X} = 14.25$) no difiere de la media del grupo control ($\bar{X} = 14.5$) un porcentaje correspondiente al 62.5% del grupo experimental y control obtuvieron niveles altos en esta

escala y un 37.5% de ambos grupos obtuvieron niveles medios de pensamiento desiderativo

En el postest de esta escala el grupo experimental obtuvo una media menor ($\bar{X} = 10.5$) en comparación con el grupo control ($\bar{X} = 14.625$) la gráfica # 6 contiene este resultado el 100% del grupo experimental presentó niveles medios de pensamiento desiderativo por su parte el grupo control en un 75% niveles altos en esta escala y en menor porcentaje un 25% niveles medios

GRAFICA # 6



Fuente: Escala de Pensamiento Desiderativo (PSD) del inventario de estrategias de afrontamiento (IEA)

CUADRO # 10

Comparación del pretest y postest del grupo experimental y control en las puntuaciones de la escala de Apoyo Social (APS) del inventario de estrategias de afrontamiento

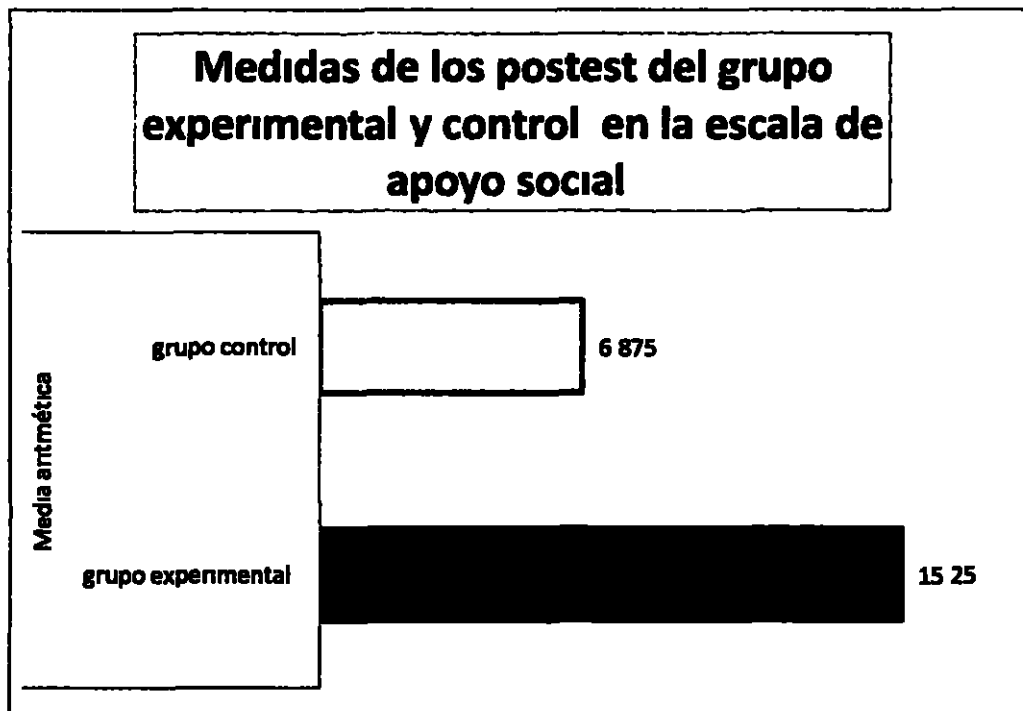
N de sujeto	Escala de Apoyo Social (APS) (Pretest)			
	Puntuaciones			
	Grupo experimental	Nivel	Grupo control	Nivel
1	8	Medio	8	Medio
2	7	Medio	6	Bajo
3	6	Bajo	6	Bajo
4	7	Medio	9	Medio
5	10	Medio	5	Bajo
6	9	Medio	10	Medio
7	8	Medio	9	Medio
8	7	Medio	8	Medio
	$\bar{X}=7.75$		$\bar{X}=7.625$	
N de sujeto	Escala de Apoyo Social (APS) (Postest)			
	Puntuaciones			
	Grupo experimental	Nivel	Grupo control	Nivel
1	10	Medio	8	Medio
2	14	Alto	8	Medio
3	14	Alto	7	Medio
4	18	Alto	7	Medio
5	20	Alto	4	Bajo
6	14	Alto	8	Medio
7	18	Alto	7	Medio
8	14	Alto	6	Bajo
	$\bar{X}=15.25$		$\bar{X}=6.875$	

El cuadro presenta los resultados del pretest y postest de la escala de apoyo social del inventario de estrategias de afrontamiento aplicado al grupo experimental y control. Se observa que la media del pretest del grupo experimental ($\bar{X}=7.75$) no difería de la media del grupo control ($\bar{X}=7.625$). El 87.5% del grupo experimental presentó niveles medios de apoyo social y solo un 12.5% nivel bajo que corresponde al sujeto número 3 en el

grupo control un 62.5% presentó niveles medio en esta escala y un 37.5% niveles bajos de apoyo social

Con respecto al postest de esta escala el grupo experimental obtuvo una media mucho mayor ($\bar{X} = 15.25$) en comparación con el grupo control que presentó una media mucho menor ($\bar{X} = 6.875$) este resultado se ilustra en la grafica # 7 el 87.5% del grupo experimental presentó niveles altos de apoyo social y solo un 12.5% niveles medios. En el grupo control el 75% presentó niveles medio en esta escala y en menor porcentaje un 25% bajos niveles de apoyo social

GRAFICA # 7



Fuente: Escala de Apoyo Social (APS) del instrumento de estrategias de afrontamiento (IEA)

CUADRO # 11

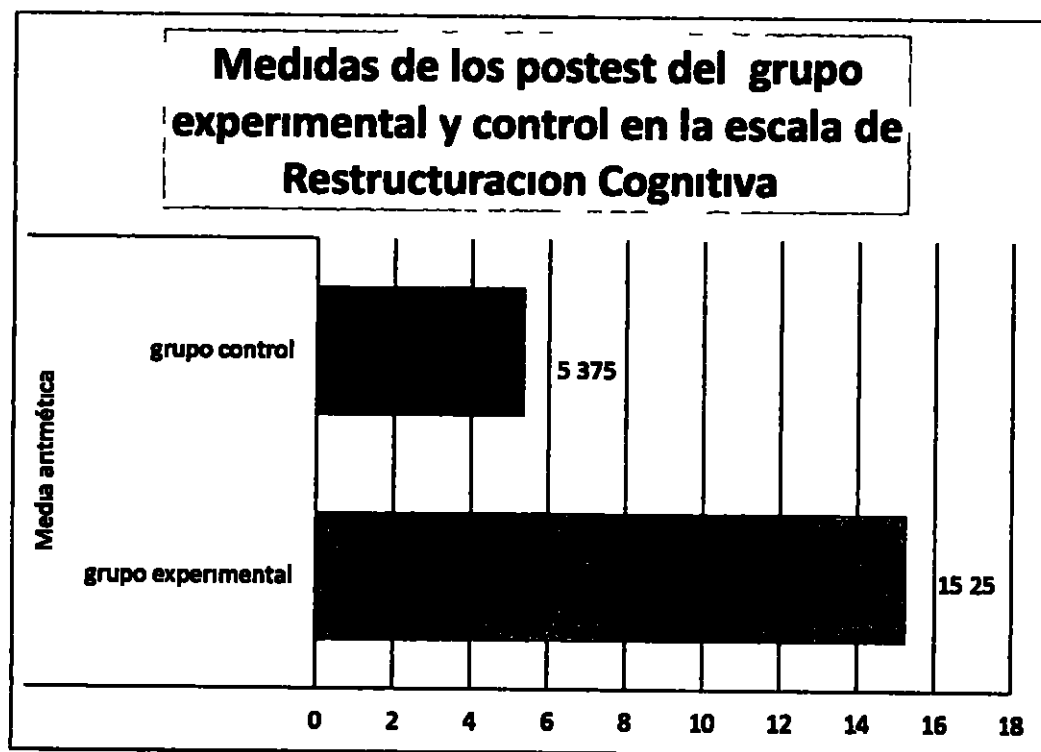
Comparación del pretest y postest del grupo experimental y control en las puntuaciones de la escala de Reestructuración Cognitiva (REC) del inventario de estrategias de afrontamiento

N de sujeto	Escala Reestructuración Cognitiva (REC) (Pretest)			
	Puntuaciones			
	Grupo experimental	Nivel	Grupo control	Nivel
1	4	Bajo	8	Medio
2	5	Bajo	6	Bajo
3	4	Bajo	5	Bajo
4	7	Medio	4	Bajo
5	7	Medio	3	Bajo
6	7	Medio	8	Medio
7	8	Medio	4	Bajo
8	6	Bajo	7	Medio
	$\bar{X} = 6$		$\bar{X} = 5.625$	
N de sujeto	Escala Reestructuración Cognitiva (REC) (Postest)			
	Puntuaciones			
	Grupo experimental	Nivel	Grupo control	Nivel
1	12	Medio	6	Bajo
2	15	Alto	5	Bajo
3	12	Medio	4	Bajo
4	16	Alto	2	Bajo
5	20	Alto	4	Bajo
6	16	Alto	9	Medio
7	16	Alto	5	Bajo
8	15	Alto	8	Medio
	$\bar{X} = 15.25$		$\bar{X} = 5.375$	

El cuadro contiene los resultados del pretest y el postest de la escala de reestructuración cognitiva del inventario de estrategias de afrontamiento aplicado al grupo experimental y control. Se observa que entre la media del grupo experimental ($\bar{X} = 6$) y la media del grupo control ($\bar{X} = 5.625$) inicialmente no hubo diferencia. El 50% del grupo experimental presentó niveles medio de reestructuración cognitiva y otro 50% presentó niveles bajos. En el grupo control el 62.5% presentó niveles medio de reestructuración cognitiva y un 37.5% niveles bajos.

En cuanto al postest de esta escala, el grupo experimental obtuvo una media mucho mayor ($\bar{X} = 15.25$) en comparación con el grupo control ($\bar{X} = 5.375$) la gráfica # 8 muestra este resultado el 75% del grupo experimental presentó niveles altos de restructuración cognitiva y el 25% presentó niveles medio con respecto al grupo control el 75% puntuó bajo en esta escala y solo el 25% presentó niveles medios de restructuración cognitiva

GRAFICA # 8



Fuente: Escala de Reestructuración Cognitiva (REC), del inventario de estrategias de afrontamiento (IEA)

CUADRO # 12

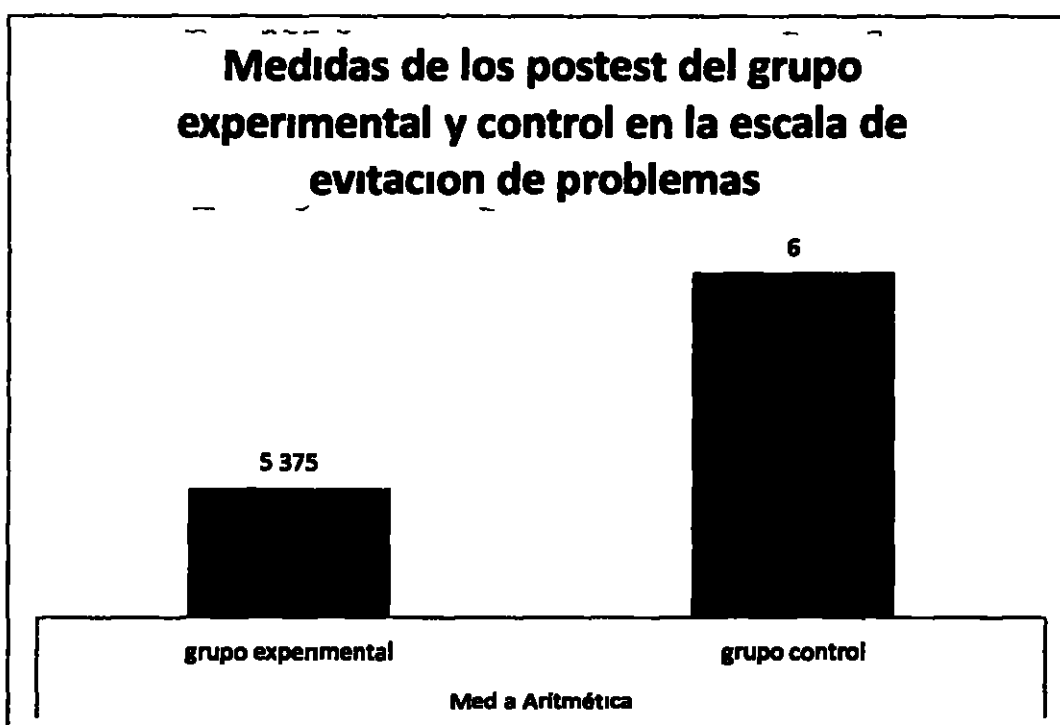
Comparación del pretest y postest del grupo experimental y control en las puntuaciones de la escala de Evitación de Problemas (EVP) del inventario de estrategias de afrontamiento

N de sujeto	Escala de Evitación de Problemas (EVP) (Pretest)			
	Puntuaciones			
	Grupo experimental	Nivel	Grupo control	Nivel
1	5	Bajo	9	Medio
2	7	Medio	7	Bajo
3	4	Bajo	5	Bajo
4	6	Bajo	5	Bajo
5	7	Medio	3	Bajo
6	5	Bajo	6	Bajo
7	4	Bajo	5	Bajo
8	5	Bajo	8	Medio
	$\bar{X} = 5.375$		$\bar{X} = 6$	
N de sujeto	Escala de Evitación de Problemas (EVP) (Postest)			
	Puntuaciones			
	Grupo experimental	Nivel	Grupo control	Nivel
1	4	Bajo	9	Medio
2	4	Bajo	7	Medio
3	2	Bajo	5	Bajo
4	3	Bajo	5	Bajo
5	5	Bajo	3	Bajo
6	3	Bajo	6	Bajo
7	2	Bajo	5	Bajo
8	3	Bajo	8	Medio
	$\bar{X} = 5.375$		$\bar{X} = 6$	

El cuadro contiene los resultados del pretest y del postest de la escala de evitación de problemas del inventario de estrategias de afrontamiento aplicado al grupo experimental y control. Se observa en el cuadro que la media del grupo experimental en el pretest ($\bar{X} = 5.375$) no difiere de la media del grupo control ($\bar{X} = 6$). El 75% del grupo experimental en el postest presentó niveles bajos de evitación de problemas y un 25% niveles medios; por su parte el 62.5% grupo control presentó niveles bajos en esta escala, el 37.5% niveles medios.

En cuanto al posttest de evitación de problemas la media del grupo experimental ($\bar{X} = 3.25$) fue menor en comparación con el grupo control ($\bar{X} = 6.75$) la gráfica # 9 ilustra este resultado el total de pacientes del grupo experimental puntuó bajo en esta escala, mientras que un 50% del grupo control puntuó medio y en iguales porcentajes otro 50% obtuvo puntuaciones bajas

GRAFICA # 9



Fuente: Escala de Evitación de problemas (EVP) del inventario de estrategia de afrontamiento (IEA)

CUADRO # 13

Comparación del pretest y postest del grupo experimental y control en las puntuaciones de la escala de Retirada Social (RES) del inventario de estrategias de afrontamiento

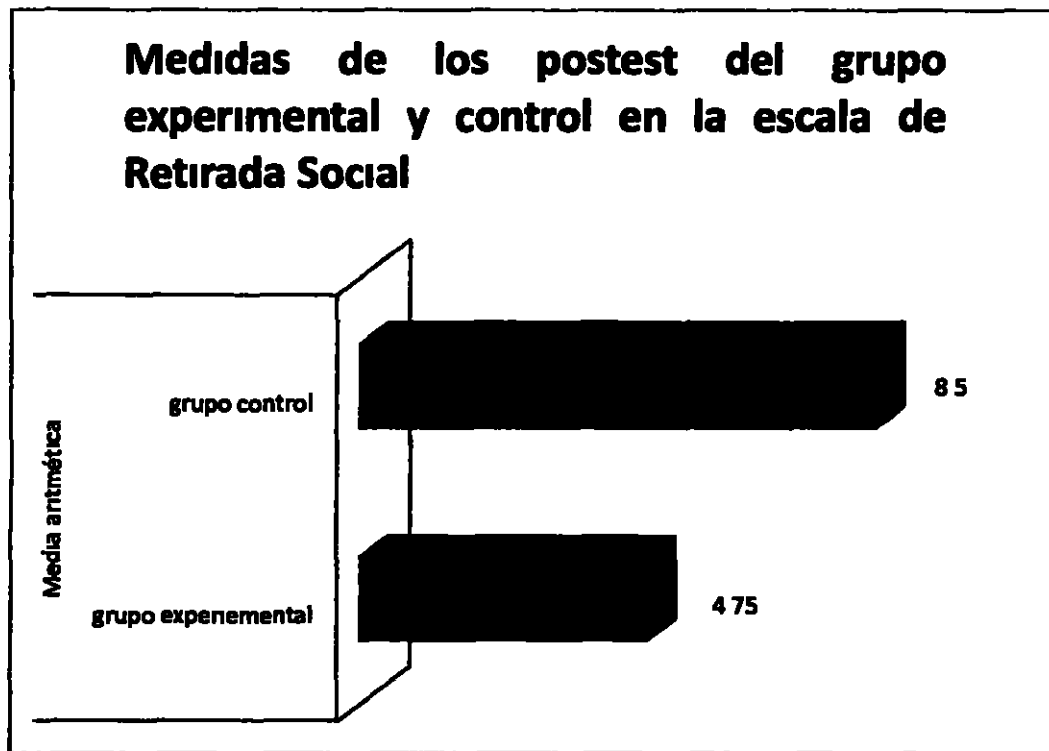
N de sujeto	Escala de Retirada Social (RES) (Pretest)			
	Puntuaciones			
	Grupo experimental	Nivel	Grupo control	Nivel
1	6	Bajo	11	Medio
2	9	Medio	10	Medio
3	11	Medio	7	Medio
4	6	Bajo	5	Bajo
5	7	Medio	8	Medio
6	6	Bajo	9	Medio
7	9	Medio	10	Medio
8	10	Medio	7	Medio
	$\bar{X}=8$		$\bar{X}=8.375$	
N de sujeto	Escala de Retirada Social (RES) (Postest)			
	Puntuaciones			
	Grupo experimental	Nivel	Grupo control	Nivel
1	2	Bajo	9	Medio
2	5	Bajo	11	Medio
3	7	Medio	9	Medio
4	3	Bajo	8	Medio
5	6	Bajo	6	Bajo
6	4	Bajo	8	Medio
7	5	Bajo	8	Medio
8	6	Bajo	9	Medio
	$\bar{X}=4.75$		$\bar{X}=8.5$	

El cuadro muestra los resultados del pretest y del postest de la escala de retirada social del inventario de estrategias de afrontamiento aplicado al grupo experimental y control. En el cuadro se puede ver que la media del grupo experimental en el pretest ($\bar{X}=8$) no difiere de la media del grupo control ($\bar{X}=8.375$), el 37.5% del grupo experimental presentó niveles bajos de retirada social y en mayor porcentaje un 62.5%

presento niveles medios por otra parte en el grupo control la mayoría (87 5%) presentó niveles medio de retrada social y solo un 12 5% presentó niveles bajos

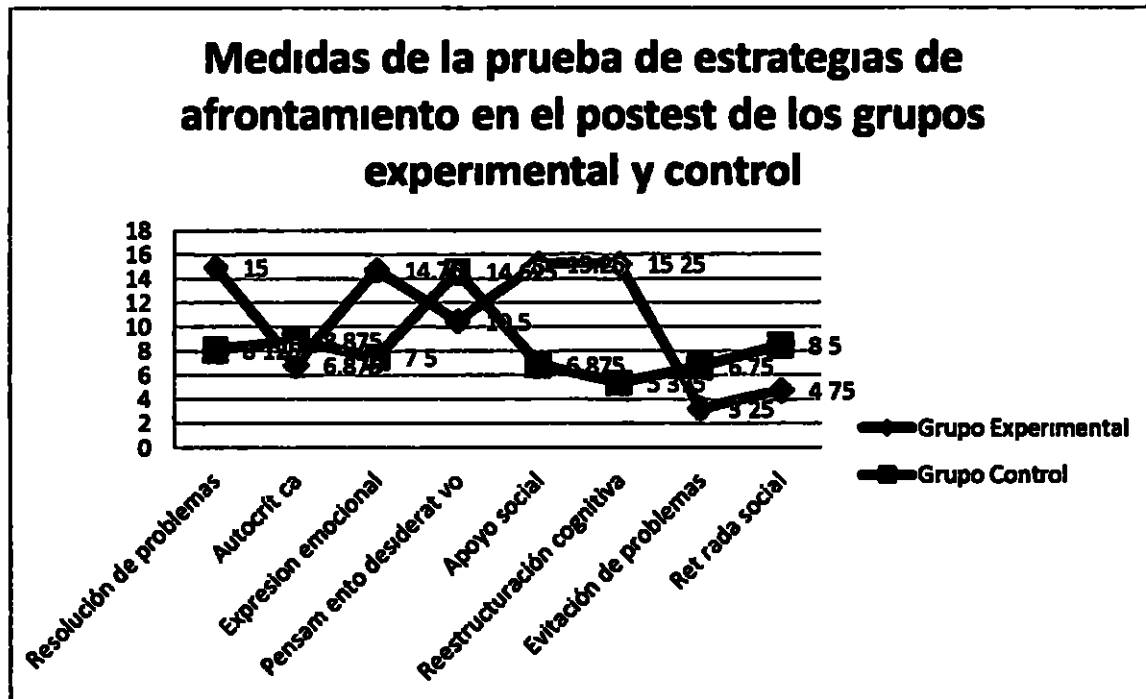
En el postest de esta escala el grupo experimental obtuvo una media menor ($\bar{X}= 4.75$) que la del grupo control ($\bar{X}= 8.5$) este resultado se muestra en la gráfica # 10 el 87 5% del grupo experimental presentó niveles bajos de retrada social y solo un 12 5% correspondiente al sujeto 7 que obtuvo un nivel medio en esta escala Por su parte el 87 5% del grupo control presentó niveles medios de retrada social y solo un 12 5% correspondiente al sujeto 6 que obtuvo niveles bajos

GRAFICA # 10



Fuente: Escala de Retirada Social (RES) del inventario de estrategias de afrontamiento (IEA)

GRAFICA # 11



Fuente: Inventario de estrategias de afrontamiento (IEA) aplicado a la muestra en estudio

La presente grafica contiene los resultados del postest de las ocho escalas que integran el inventario de estrategias de afrontamiento aplicado al grupo experimental y control. La primera escala que aparece es la de Resolución de Problemas (REP) donde el grupo experimental presentó mejores niveles de resolución de problemas obteniendo una \bar{X} de 15 en comparación con el grupo control que obtuvo una media menor ($\bar{X}=8.125$). La segunda escala que aparece es la de Autocrítica (AUC) se puede observar que no hubo mucha diferencia en las medias aunque el grupo experimental obtuvo una media levemente menor de autocrítica ($\bar{X}=6.875$) que el grupo control ($\bar{X}=8.875$).

La tercera escala corresponde a la Expresión Emocional (EEM) se puede ver en la gráfica que el grupo experimental obtuvo una media mucho mayor en esta escala ($\bar{X}=14.75$) en comparación con el grupo control que obtuvo una \bar{X} de 7.5. La cuarta escala pertenece al Pensamiento Desiderativo (PSD) se observa que el grupo experimental presentó menores niveles de pensamiento desiderativo ($\bar{X}=10.5$) en comparación con el grupo control que obtuvo una media mucho mas grande ($\bar{X}=14.625$).

En la quinta escala (Apoyo Social APS) se observa que el grupo experimental presento una media mucho mayor de apoyo social ($\bar{X}= 15.25$) en comparación con el grupo control ($\bar{X}= 6.875$) en la sexta escala correspondiente a la Restructuración Cognitiva (REC) podemos ver que hubo diferencia entre las medias del grupo experimental ($\bar{X}= 15.25$) y control ($\bar{X}= 5.625$) el grupo experimental presento mejores niveles de restructuración cognitiva que el grupo control

En la séptima escala (Evitación de Problemas EVP) se observa que el grupo experimental presentó una media levemente menor de evitación de problemas ($\bar{X}= 3.25$) que el grupo control ($\bar{X}= 6.75$) La última escala correspondiente a la Retirada Social (RES) nos muestra que el grupo experimental obtuvo una \bar{X} de 4.75 en comparación con el grupo control que obtuvo una media más alta ($\bar{X}= 8.375$)

Para conocer si existía diferencia o no entre el grupo control y experimental luego de haberle implementado a este último un tratamiento en Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) se utilizó la prueba t de Student para medias independientes en el análisis estadístico de estos datos. Los cuadros que se presentan a continuación muestran los resultados de la prueba t para medias independientes en cada una de las variables estudiadas (estrés, ansiedad y estrategias de afrontamiento) con su respectiva prueba de hipótesis.

CUADRO # 14

Prueba t para medias independientes del cuestionario de estrés percibido en el postest del grupo experimental y control

Prueba t para medias independientes	
Estadísticos	Resultados
N de sujetos	Grupo experimental $N_1 = 8$ Grupo control $N_2 = 8$
Media (\bar{X})	Grupo experimental $\bar{X} = 74.62$ Grupo control $\bar{X} = 55.62$
Desviación estándar (DS)	9.69
Grados de libertad (gl)	$N_1 + N_2 - 2 = 14$
Alfa (α)	0.05
t crítica de una cola	1.761
t observada	1.96

Prueba de hipótesis

$$H_0 = \mu_E \leq \mu_C$$

$$H_1 = \mu_E > \mu_C$$

$$\alpha = 0.05 \quad gl = 14$$

$$t_{\text{crítica}} = 1.761$$

RD Se rechaza la H_0 si $t_{\text{observada}} > 1.761$ de lo contrario no se rechaza

D Se rechaza la H_0

Interpretación

Como la t observada 1.96 es mayor a la t crítica 1.761 se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de trabajo por consiguiente existe diferencia estadísticamente significativa en los niveles de estrés los pacientes del grupo experimental presentaron menores niveles de estrés que los pacientes del grupo control

Se hace el señalamiento también de que la prueba de estrés utilizada tiene una escala inversa es decir que a mayor puntaje menor nivel de estrés y viceversa

CUADRO # 15

Prueba t para medias independientes del postest de la escala de ansiedad de Hamilton para el grupo experimental y control

Prueba t para medias independientes	
Estadísticos	Resultados
N de sujetos	Grupo experimental $N_1 = 8$ Grupo control $N_2 = 8$
Media (\bar{X})	Grupo experimental $\bar{X} = 5.25$ Grupo control $\bar{X} = 9.625$
Desviación estándar (DS)	1.71
Grados de libertad (gl)	$N_1 + N_2 - 2 = 14$
Alfa (α)	0.05
t crítica de una cola	1.761
t observada	2.55

Prueba de hipótesis

$$H_0 = \mu_E \geq \mu_C$$

$$H_1 = \mu_E < \mu_C$$

$$\alpha = 0.05 \quad gl = 14$$

$t_{\text{critica}} = 1.761$

RD Se rechaza la H_0 si $t_{\text{observada}} < a$ 1.761 de lo contrario no se rechaza

D Se rechaza la H_0

Interpretación

Como la $t_{\text{observada}} = 2.55$ es menor a la $t_{\text{critica}} = 1.761$ se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de trabajo por consiguiente existe diferencia estadísticamente significativa en los niveles de ansiedad de los pacientes los que recibieron el tratamiento manifestaron menores niveles de ansiedad que aquellos que no recibieron dicho tratamiento

CUADRO # 16

Prueba t para medias independientes del postest de la escala de Resolución de Problemas (REP) del cuestionario de estrategias de afrontamiento para el grupo experimental y control

Prueba t para medias independientes	
Estadísticos	Resultados
N de sujetos	Grupo experimental $N_1 = 8$ Grupo control $N_2 = 8$
Media (\bar{X})	Grupo experimental $\bar{X} = 15$ Grupo control $\bar{X} = 8.12$
Desviación estandar (DS)	1.35
Grados de libertad (gl)	$N_1 + N_2 - 2 = 14$
Alfa (α)	0.05
$t_{\text{critica de una cola}}$	1.761
$t_{\text{observada}}$	5.10

Prueba de hipótesis

$$H_0 = \mu_E \leq \mu_C$$

$$H_1 = \mu_E > \mu_C$$

$$\alpha = 0.05 \quad gl = 14$$

$$t_{\text{critica}} = 1.761$$

RD Se rechaza la H_0 si $t_{\text{observada}} > 1.761$ de lo contrario no se rechaza

D Se rechaza la H_0

Interpretación

Como la $t_{\text{observada}} = 5.10$ es mayor a la $t_{\text{critica}} = 1.761$ se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de trabajo por consiguiente existe diferencia estadísticamente significativa en los niveles de resolución de problemas de los pacientes los que recibieron el tratamiento obtuvieron mejores niveles de resolución de problemas que los que no recibieron el tratamiento

CUADRO # 17

Prueba t para medias independientes del postest de la escala de autocritica (AUC) del cuestionario de estrategias de afrontamiento para el grupo experimental y control

Prueba t para medias independientes	
Estadísticos	Resultados
N de sujetos	Grupo experimental $N_1 = 8$ Grupo control $N_2 = 8$
Media (\bar{X})	Grupo experimental $\bar{X} = 6.875$ Grupo control $\bar{X} = 9.75$
Desviación estándar (DS)	0.47
Grados de libertad (gl)	$N_1 + N_2 - 2 = 14$
Alfa (α)	0.05
$t_{\text{critica de una cola}}$	1.761
$t_{\text{observada}}$	6.12

Prueba de hipótesis

$$H_0 = \mu_E \geq \mu_C$$

$$H_1 = \mu_E < \mu_C$$

$$\alpha = 0.05 \quad gl = 14$$

$$t_{\text{critica}} = 1.761$$

RD Se rechaza la H_0 si $t_{\text{observada}} < 1.761$ de lo contrario no se rechaza

D Se rechaza la H_0

Interpretación

Como la $t_{\text{observada}} = 6.12$ es menor a la $t_{\text{critica}} = 1.761$ se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de trabajo por lo tanto existe diferencia estadísticamente significativa en los niveles de autocrítica de los pacientes los que recibieron el tratamiento obtuvieron menores niveles de autocrítica que los pacientes que no participaron de dicho tratamiento

La escala de autocrítica es una estrategia negativa de afrontamiento por lo que se esperaba que el grupo experimental presentara menores niveles de autocrítica con relación al grupo control

CUADRO # 18

Prueba t para medias independientes del posttest de la escala de expresión emocional (EEM) del cuestionario de estrategias de afrontamiento para el grupo experimental y control

Prueba t para medias independientes	
Estadísticos	Resultados
N de sujetos	Grupo experimental $N_1 = 8$ Grupo control $N_2 = 8$
Media (\bar{X})	Grupo experimental $\bar{X} = 14.75$ Grupo control $\bar{X} = 7.5$
Desviación estándar (DS)	0.96
Grados de libertad (gl)	$N_1 + N_2 - 2 = 14$
Alfa (α)	0.05
t crítica de una cola	1.761
t observada	7.55

Prueba de hipótesis

$$H_0 = \mu_E \leq \mu_C$$

$$H_1 = \mu_E > \mu_C$$

$$\alpha = 0.05 \quad gl = 14$$

$$t_{\text{crítica}} = 1.761$$

RD Se rechaza la H_0 si $t_{\text{observada}} > 1.761$ de lo contrario no se rechaza

D Se rechaza la H_0

Interpretación

Como la $t_{\text{observada}} = 7.55$ es mayor a la $t_{\text{crítica}} = 1.761$ se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de trabajo por lo tanto existe diferencia estadísticamente significativa en los niveles de expresión emocional de los pacientes los del grupo experimental obtuvieron mayores niveles de expresión emocional que los pacientes del grupo control

Se esperaba que los pacientes del grupo experimental obtuvieran mayores niveles de expresión emocional con respecto al grupo control

CUADRO # 19

Prueba t para medias independientes del posttest de la escala de pensamiento desiderativo (PSD) del cuestionario de estrategias de afrontamiento para el grupo experimental y control

Prueba t para medias independientes	
Estadísticos	Resultados
N de sujetos	Grupo experimental $N_1 = 8$ Grupo control $N_2 = 8$
Media (\bar{X})	Grupo experimental $\bar{X} = 10.5$ Grupo control $\bar{X} = 14.62$
Desviación estándar (DS)	1.41
Grados de libertad (gl)	$N_1 + N_2 - 2 = 14$
Alfa (α)	0.05
t crítica de una cola	1.761
t observada	2.92

Prueba de hipótesis

$$H_0 = \mu_E \geq \mu_C$$

$$H_1 = \mu_E < \mu_C$$

$$\alpha = 0.05 \quad gl = 14$$

$$t_{crítica} = 1.761$$

RD Se rechaza la H_0 si $t_{observada} < 1.761$ de lo contrario no se rechaza

D Se rechaza la H_0

Interpretacion

Como la t observada 2.92 es menor a la t crítica 1.761 se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de trabajo por consiguiente existe diferencia estadísticamente significativa en los niveles de pensamiento desiderativo de los pacientes los del grupo experimental obtuvieron menores niveles de pensamiento desiderativo que los pacientes del grupo control

El pensamiento desiderativo es una estrategia de afrontamiento negativa por lo que se esperaba que los pacientes participantes del tratamiento obtuvieran menores niveles en esta escala con respecto de los que no recibieron tratamiento

CUADRO # 20

Prueba t para medias independientes del postest de la escala de apoyo social (APS) del cuestionario de estrategias de afrontamiento para el grupo experimental y control

Prueba t para medias independientes	
Estadísticos	Resultados
N de sujetos	Grupo experimental $N_1 = 8$ Grupo control $N_2 = 8$
Media (\bar{X})	Grupo experimental $\bar{X} = 15.25$ Grupo control $\bar{X} = 6.875$
Desviacion estandar (DS)	1.55
Grados de libertad (gl)	$N_1 + N_2 - 2 = 14$
Alfa (α)	0.05
t crítica de una cola	1.761
t observada	5.46

Prueba de hipótesis

$$H_0 = \mu_E \leq \mu_C$$

$$H_1 = \mu_E > \mu_C$$

$$\alpha = 0.05 \quad gl = 14$$

$$t_{\text{crítica}} = 1.761$$

RD Se rechaza la H_0 si t observada $>$ a 1.761 de lo contrario no se rechaza

D Se rechaza la H_0

Interpretación

Como la t observada 5.46 es mayor a la t crítica 1.761 se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de trabajo por consiguiente existe diferencia estadísticamente significativa en los niveles de apoyo social de los pacientes los participantes del tratamiento obtuvieron mayores niveles de apoyo social que los pacientes que no participaron del tratamiento

Se esperaba que el grupo experimental obtuviera mayores niveles de apoyo social con respecto del grupo control

CUADRO # 21

Prueba t para medias independientes del postest de la escala de reestructuración cognitiva (RC) del cuestionario de estrategias de afrontamiento para el grupo experimental y control

Prueba t para medias independientes	
Estadísticos	Resultados
N de sujetos	Grupo experimental $N_1 = 8$ Grupo control $N_2 = 8$
Media (\bar{X})	Grupo experimental $\bar{X} = 15.25$ Grupo control $\bar{X} = 5.375$
Desviación estandar (DS)	1.36
Grados de libertad (gl)	$N_1 + N_2 - 2 = 14$
Alfa (α)	0.05
t crítica de una cola	1.761
t observada	7.26

Prueba de hipótesis

$$H_0 = \mu_E \leq \mu_C$$

$$H_1 = \mu_E > \mu_C$$

$$\alpha = 0.05 \quad |g| = 14$$

$$t_{\text{critica}} = 1.761$$

RD Se rechaza la H_0 si $t_{\text{observada}} > 1.761$ de lo contrario no se rechaza

D Se rechaza la H_0

Interpretación

Como la $t_{\text{observada}} = 7.26$ es mayor a la $t_{\text{critica}} = 1.761$ se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de trabajo por lo tanto existe diferencia estadísticamente significativa en los niveles de restructuración cognitiva de los pacientes los del grupo experimental obtuvieron mayores niveles de restructuración cognitiva que los pacientes del grupo control

Se esperaba que los pacientes participantes del tratamiento obtuvieran mayores niveles en esta escala con respecto de los que no recibieron tratamiento

CUADRO # 22

Prueba t para medias independientes del postest de la escala de evitación de problemas (EVP) del cuestionario de estrategias de afrontamiento para el grupo experimental y control

Prueba t para medias independientes	
Estadísticos	Resultados
Nº de sujetos	Grupo experimental $N_1 = 8$ Grupo control $N_2 = 8$
Media (\bar{X})	Grupo experimental $\bar{X} = 3.25$ Grupo control $\bar{X} = 6.75$
Desviación estándar (DS)	0.86
Grados de libertad (gl)	$N_1 + N_2 - 2 = 14$
Alfa (α)	0.05
t crítica de una cola	1.761
t observada	-4.07

Prueba de hipótesis

$$H_0 = \mu_E \geq \mu_C$$

$$H_1 = \mu_E < \mu_C$$

$$\alpha = 0.05 \quad gl = 14$$

$$t_{\text{crítica}} = 1.761$$

RD Se rechaza la H_0 si t observada < a 1.761 de lo contrario no se rechaza

D Se rechaza la H_0

Interpretación

Como la t observada -4.07 es menor a la t crítica 1.761 se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de trabajo por lo tanto existe diferencia estadísticamente significativa en los niveles de evitación de problemas de los pacientes los del grupo experimental obtuvieron menores niveles de evitación de problemas que los pacientes del grupo control

La evitación de problemas es una estrategia de afrontamiento negativa por lo que se esperaba que los pacientes participantes del tratamiento obtuvieran menores niveles en esta escala con respecto de los que no recibieron tratamiento

CUADRO # 23

Prueba t para medias independientes del postest de la escala de retirada social (RES) del cuestionario de estrategias de afrontamiento para el grupo experimental y control

Prueba t para medias independientes	
Estadísticos	Resultados
N de sujetos	Grupo experimental $N_1 = 8$ Grupo control $N_2 = 8$
Media (\bar{X})	Grupo experimental $\bar{X} = 4.75$ Grupo control $\bar{X} = 8.5$
Desviación estándar (DS)	0.82
Grados de libertad (gl)	$N_1 + N_2 - 2 = 14$
Alfa (α)	0.05
t crítica de una cola	1.761
t observada	4.94

Prueba de hipótesis

$$H_0 = \mu_E \geq \mu_C$$

$$H_1 = \mu_E < \mu_C$$

$$\alpha = 0.05 \quad gl = 14$$

$$t_{\text{crítica}} = 1.761$$

RD Se rechaza la H_0 si $t_{\text{observada}} < 1.761$ de lo contrario no se rechaza

D Se rechaza la H_0

Interpretación

Como la t observada 4.94 es menor a la t crítica 1.761 se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de trabajo por consiguiente existe diferencia estadísticamente significativa en los niveles de retirada social de los pacientes los del grupo experimental obtuvieron menores niveles de retirada social que los pacientes del grupo control

La retirada social es una estrategia de afrontamiento negativa por lo que se esperaba que los pacientes participantes del tratamiento obtuvieran menores niveles en esta escala con relación a los que no recibieron tratamiento

V DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Este estudio tuvo como finalidad primordial conocer los efectos de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) sobre los niveles de estrés ansiedad y estrategias de afrontamiento en pacientes hipertensos de la Policlínica Horacio Díaz Gómez en Santiago de Veraguas para lo cual se aplicó una prueba estadística (t de Student) en función de las hipótesis planteadas

En la primera hipótesis de trabajo se planteó que existe diferencia estadísticamente significativa en los niveles de estrés entre pacientes hipertensos que reciben terapia racional emotiva conductual y los pacientes hipertensos que no reciben dicha terapia Esta hipótesis fue comprobada a un nivel de significancia de 0 05 resultando una t positiva de 1 965 y como la t crítica resultó ser de 1 765 en todas las pruebas de hipótesis se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis de trabajo

Aunque hubo diferencia estadísticamente significativa para rechazar la hipótesis nula se optó por ejecutar la prueba de la potencia estadística ($d = M_1 - M_2 / SD$) con el objetivo de conocer el tamaño y efecto de la misma, resultando así una diferencia de 19 puntos dividida entre la desviación estándar poblacional (la raíz cuadrada de la estimación combinada de la varianza poblacional ($S_C = 19 36$) resultando un tamaño del efecto de 0 98 lo que corresponde a un gran tamaño del efecto indicando esto que el tratamiento fue bastante favorable para los pacientes del grupo experimental a pesar de que puntuaron en un rango medio igual que los pacientes del grupo control se evidenció una mayor disminución en los niveles de estrés del grupo experimental con respecto del grupo control

En la segunda hipótesis se planteó que existe diferencia estadísticamente significativa en los niveles de ansiedad entre pacientes hipertensos que reciben terapia racional emotiva conductual y los pacientes hipertensos que no la reciben Esta hipótesis se comprobó a un nivel de significancia del 0 05 resultando una t negativa de - 2 55 aceptándose así la hipótesis de trabajo y rechazándose la hipótesis nula

Este resultado indica que efectivamente después de haberse implementado un tratamiento en terapia racional emotiva conductual aplicado a los síntomas de la ansiedad los pacientes del grupo experimental disminuyeron sus niveles de ansiedad en comparación con el grupo control

Los factores primarios del cuestionario de estrategias de afrontamiento que describen las ocho escalas en general también fueron analizados se esperaba que las estrategias de afrontamiento que inciden de manera positiva en el proceso de adaptación del paciente (resolución de problemas expresión emocional apoyo social y reestructuración cognitiva) tuviesen un puntaje alto y las escalas que inciden de manera negativa (autocrítica pensamiento desiderativo evitación de problemas y retirada social) tuviesen un rango bajo

Nuestra tercera hipótesis planteaba la diferencia significativa entre los niveles de resolución de problemas entre pacientes hipertensos que participan de terapia racional emotiva conductual y los pacientes que no reciben dicha terapia fue comprobada a un nivel de significancia de 0.05 resultando una t positiva de 5.10 rechazándose así la hipótesis nula Este resultado indica que los participantes del grupo experimental presentaron mejores estrategias de resolución de problemas luego de haber participado en un tratamiento de terapia racional emotiva conductual

Como la resolución de problemas es una estrategia de afrontamiento positiva se comprobó lo esperado ya que el grupo experimental obtuvo mejores niveles en esta escala con respecto del grupo control

La cuarta hipótesis planteó la diferencia estadísticamente significativa entre los niveles de autocrítica entre pacientes hipertensos que participan de terapia racional emotiva conductual y los pacientes que no reciben dicha terapia se comprobó a un nivel de 0.05 obteniéndose así una t negativa de 6.12 rechazándose de esta manera la hipótesis nula Esto quiere decir que los niveles en la escala negativa de autocrítica son menores en el grupo experimental en comparación con el grupo control luego de que se implementase un tratamiento en terapia racional emotiva conductual lográndose de esta manera comprobar

lo esperado ya que los participantes del grupo experimental aceptaron sus problemas sin autocríticarse demasiado

La quinta hipótesis plantea que existe diferencia estadísticamente significativa en los niveles de expresión emocional entre pacientes hipertensos que participan de terapia racional emotiva conductual y los pacientes que no reciben esta terapia. Se pudo comprobar esta hipótesis también a un nivel de significancia de 0.05 resultando así una t positiva de 7.55 rechazándose la hipótesis nula. Este resultado indica que la terapia fue efectiva para el grupo experimental quien logró mejorar sus niveles de expresión emocional en comparación con el grupo control. Quizás este resultado se debe en su mayoría a que en la terapia se trabajaron mucho la expresión de sentimientos y pensamientos de manera asertiva.

Respecto a la sexta hipótesis se esperaba encontrar diferencia estadísticamente significativa en los niveles de pensamiento desiderativo entre pacientes hipertensos que participan de terapia racional emotiva conductual y los pacientes que no reciben esta terapia. Esta hipótesis fue también comprobada a un nivel de 0.05 resultando una t negativa de -2.92 aceptándose de esta manera la hipótesis de trabajo y rechazándose la hipótesis nula.

Estos resultados señalan que los participantes del grupo experimental aprendieron a aceptar sus problemas y a enfrentarlos no haciendo uso de pensamientos desiderativos como por ejemplos que la situación conflictiva no esté sucediendo o que terceras personas resolvieran sus problemas. De esta manera se logró comprobar lo esperado ya que el grupo experimental obtuvo menores niveles en esta estrategia de afrontamiento negativa en comparación con el grupo control.

La séptima hipótesis que buscaba diferencia estadísticamente significativa en los niveles de apoyo social entre pacientes hipertensos que participan de terapia racional emotiva conductual y los que no participan de terapia se pudo comprobar a un nivel de 0.05 resultando una t positiva de 5.46 rechazándose de esta forma la hipótesis nula. Podemos decir entonces que los niveles de apoyo social del grupo experimental aumentaron.

en comparación al grupo control luego de haberse implementado un tratamiento en terapia racional emotiva conductual

En la octava hipótesis se buscaba encontrar diferencia estadísticamente significativa en los niveles de reestructuración cognitiva entre los pacientes que participan de terapia racional emotiva conductual y los pacientes que no reciben esta terapia. Esta hipótesis también se pudo comprobar a un nivel de significancia de 0.05 obteniéndose así una t positiva de 7.26 rechazándose de este modo la hipótesis nula. Este resultado indica que los niveles de reestructuración cognitiva en el grupo experimental son mejores que en el grupo control luego de haberse implementado una terapia racional emotiva conductual. Este resultado se debe probablemente a que en la terapia se trabajó mucho el tema de la reestructuración cognitiva ya que es lo medular de esta terapia. Se trabajó desde el modelo ABC del funcionamiento psicológico hasta la modificación de creencias y pensamientos disfuncionales por otros pensamientos más favorables.

La novena hipótesis plantea la existencia de diferencia estadísticamente significativa en los niveles de evitación de problemas entre pacientes hipertensos que participan de terapia racional emotiva conductual y los pacientes hipertensos que no reciben esta terapia. Esta hipótesis se pudo confirmar con un nivel de significancia de 0.05 obteniéndose una t negativa de -4.07 rechazándose de este modo la hipótesis nula.

Estos resultados sugieren que el grupo experimental una vez finalizado el tratamiento en terapia racional emotiva conductual presentó menores niveles en esta escala de afrontamiento negativa con respecto del grupo control. Quizás en parte esto se deba a que en la terapia se trabajó con el grupo experimental el afrontamiento y resolución de problemas de manera asertiva.

La última hipótesis plantea la diferencia estadísticamente significativa en los niveles de retirada social entre pacientes hipertensos que participan de terapia racional emotiva conductual y los pacientes hipertensos que no reciben esta terapia. Esta hipótesis también se pudo comprobar a un nivel de significancia del 0.05 resultando una t negativa de -4.94 rechazándose la hipótesis nula y aceptándose la hipótesis de trabajo. Estos resultados indican que después de la implementación del tratamiento en terapia racional emotiva

conductual los pacientes del grupo experimental presentaron en esta escala negativa menores niveles de retirada social en comparación con el grupo control

En cuanto al análisis de los factores secundarios del cuestionario de estrategias de afrontamiento que hacen referencia al manejo adecuado centrado en el problema (resolución de problemas y reestructuración cognitiva) el manejo adecuado centrado en la emoción (expresión emocional y apoyo social) el manejo inadecuado centrado en el problema (pensamiento desiderativo y evitación de problemas) y el manejo inadecuado centrado en la emoción (autocrítica y retirada social) podemos decir que el grupo experimental utilizó estrategias dirigidas al manejo adecuado centrado en el problema y el manejo adecuado centrado en la emoción mientras que el grupo control utilizó mayormente el manejo inadecuado centrado en el problema y el manejo inadecuado centrado en la emoción

Los pacientes del grupo experimental a diferencia del grupo control puntuaron en las escalas de resolución de problemas y reestructuración cognitiva en un rango alto lo cual les permite un manejo de afrontamiento adaptativo centrado en el problema y utilizar de manera adecuada estrategias cognitivas y conductuales encaminadas a eliminar el estrés y la ansiedad para así modificar la situación tensionante

En el grupo experimental las escalas que se encuentran centradas en la emoción (apoyo social y expresión emocional) aparecen en un rango alto y se presentan con mucha frecuencia ya que los pacientes del grupo experimental aprendieron a buscar ayuda y a expresar sus pensamientos y sentimientos de una manera asertiva no así el grupo control

En cuanto a las escalas inadecuadas centradas en el problema en el grupo control se encuentra el pensamiento desiderativo en un rango medio lo que indica que los pacientes presentan con frecuencia estrategias cognitivas que reflejan el deseo de la realidad para no ser estresante no así el grupo experimental la evitación de problemas en el grupo experimental puntúa baja por lo que se infiere que estos pacientes no poseen la negación y evitación de pensamientos o actos con el acontecimiento estresante es decir no se niegan a aceptar el problema

Las escalas inadecuadas centradas en la emoción (autocrítica y retirada social) que puntuaron en un rango bajo en el grupo experimental indican que los pacientes de este grupo no poseen autoinculpación y autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo y además no tienen distanciamiento de amigos familiares compañeros y personas significativas asociadas con la reacción emocional en el proceso estresante. Por su parte los participantes del grupo control puntuaron en un rango medio usando en gran medida la autocrítica y la retirada social.

Aunque se pudieron comprobar todas las hipótesis se señala que en seis de las escalas del inventario de estrategias de afrontamiento (resolución de problemas autocrítica, expresión emocional pensamiento desiderativo apoyo social y retirada social) los sujetos del grupo control presentaron niveles medios tanto en el pretest como el postest, excepto en la escala de reestructuración cognitiva donde el grupo experimental puntuó más alto que el grupo control en el pretest también en la escala de evitación de problemas en el pretest el grupo control puntuó más bajo que el grupo experimental.

Es necesario mencionar también que en casi todos los pretest aplicados tanto al grupo experimental como control se evidenció la igualdad de condiciones antes de empezar el tratamiento ya que ambos grupos inicialmente obtuvieron medias similares excepto en el pretest de la escala de retirada social donde el grupo experimental presentó una media menor $\bar{X} = 4.75$ que el grupo control $\bar{X} = 8.5$. El grupo control obtuvo en todos los postest casi similares puntuaciones que las obtenidas en el pretest.

En cuanto a la prueba de estrés no se pudieron eliminar estos síntomas por completo en el grupo experimental quien puntuó en un rango medio igual que el grupo control pero en menor rango sin embargo se evidenció una disminución del mismo luego de la implementación del tratamiento en terapia racional emotiva conductual quizás estos síntomas no desaparecieron por completo probablemente a que hicieron falta más sesiones para trabajar esta variable incluyéndose más actividades y técnicas terapéuticas.

CONCLUSIONES

Con base a los resultados obtenidos mediante la presente investigación se concluye que

- La especialidad de Psicología Clínica dota al psicólogo de mayores herramientas y técnicas de intervención de manera tal que se garantiza una mejor calidad de atención a pacientes que asisten a consulta y que requieren un tratamiento terapéutico
- El aporte científico de este estudio en el tratamiento de la hipertensión fue el de intervenir sobre variables y factores psicológicos que afectan el curso de esta y otras enfermedades crónicas. Muchos estudios han logrado comprobar que el adecuado manejo de variables y factores psicológicos como estrés, ansiedad, depresión, ira, hostilidad garantizan un mejor afrontamiento para el paciente de su enfermedad. Este estudio contrastó con muchos otros realizados tanto en la localidad nacional como en países extranjeros ya que se obtuvieron resultados similares.
- Se logró alcanzar el objetivo general de este estudio comprobándose así la efectividad de la terapia racional emotiva conductual (TREC) aplicada a los síntomas de estrés, ansiedad y estrategias de afrontamiento en un grupo de pacientes hipertensos de la policlínica Horacio Díaz Gómez. Dicho entrenamiento en TREC resultó estadísticamente significativa rechazándose todas las hipótesis nulas y aceptándose las hipótesis de investigación.
- El tratamiento en TREC aplicado al grupo experimental de este estudio logró reducir los niveles de estrés, ansiedad y logró mejorar las estrategias de afrontamientos positivas y logró reducir las estrategias negativas en comparación con el grupo control que no recibió el tratamiento y cuyos niveles de estrés

ansiedad y estrategias de afrontamiento tanto negativas como positivas se mantuvieron como en la primera medición

- Aunque los síntomas de estrés no desaparecieron por completo el grupo experimental presentó menores niveles en esta prueba en comparación con el grupo control que no recibió tratamiento este resultado quizás indique que para que los síntomas del estrés desaparecieran en su totalidad hizo falta la implementación de más técnicas y talleres dentro de las sesiones de terapia Sin embargo las 13 sesiones de terapia fueron suficientes para que este tratamiento fuese efectivo ya que los pilares de la TREC los entrenamientos en relajación los pensamientos positivos la expresión y el manejo de las emociones la resolución de problemas y el entrenamiento en asertividad resultaron favorable para que el grupo experimental redujera los niveles de estrés y ansiedad con respecto del grupo control
- Estrategias de afrontamiento positivas como la resolución de problemas apoyo social expresión emocional y reestructuración cognitiva aumentaron en el grupo experimental luego de que se implementara el tratamiento en TREC mientras que en el grupo control no hubo ningún cambio El programa de TREC se centró en las estrategias de afrontamiento positivas para que los pacientes las utilizaran como técnicas a utilizar para contrarrestar los efectos del estrés y ansiedad haciendo uso de pensamientos racionales y emociones positivas sobre las situaciones relacionadas al manejo de la enfermedad y otras situaciones cotidianas problemáticas
- El grupo control no dejó de utilizar estrategias de afrontamientos negativas como la autocrítica, pensamiento desiderativo evitación de problemas y retirada social no así sabiendo identificarlas como negativas para el adecuado afrontamiento y resolución de problemas Por su parte el grupo experimental identificó inicialmente las estrategias negativas que utilizaban y las cambiaron por estrategias de afrontamiento positivas

- ✚ El entrenamiento en TREC ayudó a los pacientes del grupo experimental a mejorar su reestructuración cognitiva cambiando de esta manera su punto de vista sobre la enfermedad tomando mayor conciencia sobre la misma, practicando estilos de vida saludable y pensando de manera racional y positiva sobre los acontecimientos o situaciones problemáticas que se asocian a la enfermedad y situaciones cotidianas

- ✚ De igual manera se concluye que el entrenamiento en TREC aplicado a los síntomas del estrés y ansiedad resultó útil para que los pacientes del grupo experimental lograran reconocer las emociones negativas que utilizaban y modificarlas por emociones apropiadas logrando así la adecuada expresión de sentimientos haciendo uso de la asertividad racional emotiva

- ✚ Mediante el entrenamiento en TREC los participantes del grupo experimental aprendieron a reconocer sus problemas y resolverlos por cuenta propia haciendo uso de técnicas asertivas y de pensamientos racionales

RECOMENDACIONES

Tras haber concluido hacemos las siguientes recomendaciones

- ✚ Aplicar el tratamiento en TREC para el manejo del estrés ansiedad y estrategias de afrontamiento a otros pacientes hipertensos para que puedan beneficiarse del mismo manejando mucho mejor su enfermedad y afrontando de manera adecuada aquellas situaciones estresantes o tensionantes logrando de esta manera una mejor calidad de vida
- ✚ Adaptar el programa de intervención en TREC aplicado al estrés ansiedad y estrategias de afrontamiento para que pueda ser aplicado a diferentes grupos de pacientes con enfermedades crónicas (Diabetes Artritis etc) tanto en pacientes asegurados como no asegurados garantizando que el mismo este a cargo de profesionales de la salud mental como son los psicólogos clínicos
- ✚ De igual manera se recomienda tomar el programa de TREC como herramienta terapéutica a utilizar con la población que asisten a diferentes programas de salud de la Policlínica Horacio Díaz Gómez, haciendo las adaptaciones pertinentes a cada una de las necesidades que estos pacientes necesitan dentro de cada grupo
- ✚ Al equipo multidisciplinario que asiste al programa de salud de adultos de la Policlínica Horacio Díaz Gómez tomar más en consideración el papel de los factores psicológicos en el curso de las enfermedades crónicas ya que si estos no son atendidos a tiempo pueden ocasionar que la enfermedad sea mucho más difícil de afrontar por los pacientes quienes en su mayoría no cuentan con los recursos y técnicas apropiados para hacerle frente a estas demandas psicológicas
- ✚ En vista de que los síntomas de la variable estrés no desaparecieron por completo se recomienda incluir más técnicas y talleres prácticos dentro de las

sesiones de terapia para que de esta manera se logre contrarrestar estos síntomas en su totalidad

- ✦ Por último se recomienda al psicólogo clínico encargado de darle seguimiento a este grupo de pacientes (hipertensos) evaluar periódicamente los síntomas de estrés ansiedad de manera tal que estos factores sean tratados y mejorados en sesiones terapéuticas con el paciente**

BIBLIOGRAFIA

ARICAPA GM CARDONA JL PINEDA OL (1991) Entrenamiento autógeno y sus efectos en tratamiento de la hipertensión arterial esencial en un club de hipertensos [tesis doctoral] Manizales Fundema Facultad de Psicología

ARBULU NEIRA, A (Noviembre de 2008) Patrón de conducta tipo A y estrategias de afrontamiento en pacientes con diagnostico de hipertension Revista de psicología Trujillo Peru Vol 10 (9 26)

BLANCHARD E B Martin et al (1988) Tratamientos sin drogas para la hipertensión esencial Nueva York Editorial Pergamon Press

BERNAL T C et al (Julio- Diciembre de 2009) Estrategias de afrontamiento y presión arterial Revista CES Psicología vol 2(2) Medellín Colombia 49 59 Recuperado el 8 de julio de 2013 de [http //revistas ces edu co/index php/psicologia/article/view/896](http://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/896)

CABALLO V et al (1998) Manual de Técnicas de terapia y modificación de conducta España Editorial Siglo XXI

CANO – GARCIA et al (2006) Spanish versión of the coping strategies inventory Actas españolas de psiquiatría vol 35(1) 29 39 Recuperado el 8 de agosto de 2013 de [http //personal us es/fjcano/drupal/files/AEDP%2007%20\(eng\) pdf](http://personal.us.es/fjcano/drupal/files/AEDP%2007%20(eng).pdf)

CEA J BRAZAL J y GONZALEZ PINTO A (2001) Estrategias de afrontamiento e hipertensión esencial Revista electrónica de motivación y emoción 4 (7) Recuperado el 6 de Julio de 2013 de [http //reme uj es/articulos/aceauj7542404101/texto.html](http://reme.uj.es/articulos/aceauj7542404101/texto.html)

COCA A Braugulat E (9 de octubre de 1999) Desempeña algun papel el estrés en la patogénesis de la hipertensión arterial y sus complicaciones Medicina clínica Disponible en www.analesdemedicina.com

COOPER K H (1990) Control de la hipertensión Bilbao Editorial Descleé de Brouwen S A

DONKER, F J (1991) Tratamiento psicológico de la hipertensión En G Buela-Casal y V E Caballo (Eds) *Manual de psicología clínica aplicada* (pp 81 97) Madrid Siglo XXI

DOMINGUEZ L (2007) Terapia cognitiva conductual para la reducción de los síntomas del estrés y ansiedad en un grupo de pacientes hipertensos. Tesis presentada para optar al grado de magister en psicología clínica Universidad de Panamá Panama

DSM – IV TR (2001) Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales Texto revisado First Frances y Pincus Editorial MASSON S A Barcelona 1049 págs

DWYER A, CUMMINGS A L (2001) El estrés auto eficacia, apoyo social y estrategias afrontamiento en estudiantes universitarios Revista de consejería canadiense 35(3) 208–220

EATON R J y BRADLEY G (2008) El papel del género y la afectividad negativa en la evaluación del estrés y el afrontamiento Revista internacional de estrés 15(1) 94–115

ELLIS A CABALLO V y LEGA L (1999) Terapia Racional Emotivo Conductual Mexico D F Editorial Siglo XXI

ELLIS A (2003) Razón y emoción en psicoterapia 6ta edición Bilbao España Editorial Desclee de Brouwen S A 372 pag

ELLIOT H (2006) Epidemiología, etiología y pronóstico de la hipertensión Revista Medicina Vol 34 (8) 280 289

FERNANDEZ ABASCAL E G (1993) Hipertensión intervención psicológica 2^{da} ed. Madrid Editorial Eudema

FRIEDMAN R et al (2001) Variables psicológicas en la hipertensión Revista de Medicina Psicosomática 63(1) 19-31 Recuperado el 21 de junio de 2013 de <http://www.psychosomaticmedicine.org/content/63/1/19> short

GARCIA VERA, M P Sanz, J y Labrador F J (2000) El problema de la hipertensión clínica aislada o de bata blanca en los ensayos clínicos de los tratamientos antihipertensivos Revista de Ansiedad y Estrés 6 (1) 71-92 recuperado el 1 de julio de 2013 de <http://www.redalyc.org/pdf/264/26413208.pdf>

GUILLAMON N y Baeza C (Junio 2004) Clínica de la ansiedad

HOLST S F y Quiroz M D (Enero 2010) Control del estrés ira y ansiedad en pacientes con hipertensión arterial mediante TREC Revista Costarricense de Psicología Vol 29(43) 5-46 Disponible en <http://www.revistacostarricensedepsicologia.com>

JONAS B S y LANDO J F (2000) Afecto negativo como factor de riesgo para la hipertensión Revista de Medicina Psicosomática Vol 62 647-652 recuperado el 5 de julio de 2013 de <http://www.psychosomaticmedicine.org/content/62/2/188> short

LAZARUS R y Folkman S (1984) Estrés y procesos cognitivos. Nueva York Springer publishing Company Inc 355pp

LAZARUS R y Folkman (1991) Estrés y procesos cognitivos 2^{da} ed Barcelona ediciones Martínez Roca 365 pp

LAZARUS R (2000) Estrés y Emoción Manejo e implicaciones en nuestra salud Bilbao Editorial DESCLEE DE Brouwer s a 327 pp

LEMONS M RESTREPO D A y RICHARD C (2008) Revisión crítica del concepto psicósomático a la luz del dualismo mente-cuerpo Revista pensamiento psicológico 4(10) 137-147

LEVENSTEIN et al (1993) Development of the perceived stress questionnaire a new tool for psychosomatic research Journal of psychosomatic research Vol 37 (1) 19-32

LLOSA T (1999) Curso intensivo de capacitación en estrés ejecutivo Guia del estres ejecutivo 1 39

MAGAN U Inés (2010) Factores cognitivos relacionados con la ira y la hostilidad en hipertensión arterial esencial Tesis presentada para optar al grado de doctorado en Psicología Clínica Universidad Complutense de Madrid

MARIN J (1995) Psicología Social de la Salud Editorial sintesis S A Madrid

MARTIN D M JIMENEZ S M Y FERNANDEZ A E (2000) Estudio sobre la Escala de Estilos y Estrategias de Afrontamiento (E3 A) Revista Electrónica de Motivación y Emoción 3(4)

MEICHENBAUM D (1994) Manual de inoculación del estrés Editorial Martinez Roca Aspectos psicológicos de la hipertensión arterial Santa fe de Bogotá 69 74

MIAS C (2002) Intervención cognitivo-comportamental en el tratamiento de la hipertensión arterial esencial Recuperado el 28 de junio de 2013 de [http //www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/medicina/archivos_medicina1/html/publicaciones/Arch_Med_13/7_estres_y_hta.pdf](http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/medicina/archivos_medicina1/html/publicaciones/Arch_Med_13/7_estres_y_hta.pdf)

MOLERIO O y GARCIA (abril Junio 2004) Contribuciones y retos de la psicología de la salud en el abordaje de la hipertensión arterial esencial Revista de Psicología 13 (2) 101 109

MORALES F (1999) Estrés psicológico en el riesgo de enfermar su atención en el nivel primario Revista Cubana de Medicina General Integral Marzo Vol 7 (1)

NARKIEWICZ k el al (2005) Es el cigarrillo un factor causante de la hipertensión? Revista presión sanguínea Vol 14 68 7 Recuperado el 27 de junio de 2013 de [http //files.sld.cu/medicinainterna/files/2009/07/sindrome de apneas-obstructiva.pdf](http://files.sld.cu/medicinainterna/files/2009/07/sindrome%20de%20apneas-obstructiva.pdf)

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD SOCIEDAD INTERNACIONAL DE HIPERTENSIÓN (1999) Directrices para el tratamiento de la hipertensión

Revista de Hipertensión Vol 17 151 183 Recuperado el 4 de junio de 2013 de http://www.who.int/cardiovascular_diseases/guidelines/hypertension/en/

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD SOCIEDAD INTERNACIONAL DE HIPERTENSIÓN (2003) Mundial 2003 Declaración sobre el Manejo de la Hipertensión Revista de hipertensión vol 21 1983 1992 Recuperado el 4 de junio de 2013 de http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf

ORTEGA J (1999) Estrés y trabajo Medspan Revista de Medicina y salud Recuperado el 20 de abril de 2013 de <http://www.medspan.com>

RODRIGUEZ A (2012) Estrategias de afrontamiento en pacientes que padecen patologías crónicas Tesis para optar al título de psicología Universidad abierta interamericana de Rosario Argentina

ROS R (2011) Controla tus pensamientos y controla tu ansiedad Recuperado el 13 de julio de 2013 de <http://www.stopansiedad.com> pp 1 69

SANCHEZ R et al (Marzo 2010) Guías latinoamericanas de hipertensión arterial Revista chilena de cardiología Vol 9 (1) Buenos aires argentina 117 144 Recuperado el 7 de julio de 2013 de <http://www.scielo.cl/pdf/rchcardiol/v29n1/art12.pdf>

SANZ – CARRILLO et al (2002) Validation of the spanish versión of the perceived stress questionnaire a new tool for psychosomatic research Journal of Psychosomatic Research vol 52 (1) Madrid 167 172 Recuperado el 13 de agosto de 2013 de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022399901002756>

SANDIN B CHOROT P (1995) Trastornos psicossomáticos Manual de Psicopatología Madrid McGraw Hill 401 pp

SEGA R TROCINO et al (2001) Las alteraciones de la estructura cardiaca en pacientes hipertensos Revista Circulacion vol104 1385–1392 recuperado el 7 de junio de 2013 de <http://www.samfyc.es/pdf/GdTCardioHTA/20099.pdf>

SOCIEDAD BRITANICA DE HIPERTENSIÓN (SBH) (2004) Directrices para la gestión de la hipertensión informe del cuarto grupo de trabajo de la Sociedad Británica de Hipertensión Revista de la hipertensión humana Vol 18 139–185 Recuperado el 24 de junio de 2013 de <http://www.nature.com/jhh/journal/v18/n3/abs/1001683a.html>

SOCIEDAD EUROPEA DE HIPERTENSION (SEH) Y SOCIEDAD EUROPEA DE CARDIOLOGIA (SEC) (2007) Directrices para el tratamiento de la hipertensión esencial de la Sociedad Europea de Hipertensión (ESH) y de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) Revista de Hipertension vol 25 1005 1187 recuperado el 8 de junio de 2013 de <http://www.seh-lelha.org/pdf/ESHESC2007.pdf>

STAESSEN J A ET AL (2003) Prevención cardiovascular y la reducción de la presión arterial una visión cuantitativa actualizada hasta el 1 de marzo de 2003 Revista de Hipertensión vol 21 (6) 1055 1076 recuperado el 8 de julio de 2013 de http://www.staessen.net/publications/2006_2010/06_12-C.pdf

STEIN J J (1994) Medicina Interna 4^{ta} ed Mexico Editorial Paidós

SOMMERS J et al (Enero 1989) Hipertensión y variables psicológicas Una nueva mirada a una vieja polémica Revista de enfermedades nerviosas y mentales vol 177 (1) 15 24 Recuperado el 14 de junio de 2013 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2642533>

TOBAL J VINDEL A, CASADO MI ESCALONA, A (1994) Emociones e hipertensión Implantación de un programa cognitivo- conductual en pacientes hipertensos Revista anales de Psicología 10 (2) 199 216 Recuperado de http://www.um.es/analesps/v10/v10_2/10_2.pdf

TOBIN DL et al (1989) The hierarchical factor structure of the coping strategies inventory Cognitive therapy and research Vol 13 (1) 61 343 Recuperado el 6 de agosto de 2013 de <http://link.springer.com/article/10.1007/BF01173478>

ANEXO # 1

Cuestionario de estrés percibido

Adaptado por C. Sanz – Carrillo et al 2002

Nombre _____ Edad _____ Fecha de aplicación _____

Instrucciones En cada pregunta marque un círculo en el número que mejor describa con que frecuencia se aplica este cuestionario en su vida en general durante el último mes. Responda rápidamente sin intentar comprobar las respuestas y teniendo cuidado en descubrir lo ocurrido exclusivamente en el último mes.

Items	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
1 Se siente descansado (a)	1	2	3	4
2 Siente que le hacen demasiadas peticiones	1	2	3	4
3 Esta irritable o malhumorado (a)	1	2	3	4
4 Tiene demasiadas cosas que hacer	1	2	3	4
5 Se siente solo (a) o aislado (a)	1	2	3	4
6 Se encuentra sometido (a) a situaciones conflictivas	1	2	3	4
7 Siente que esta haciendo cosas que realmente le gustan	1	2	3	4
8 Se siente cansado (a)	1	2	3	4
9 Teme que no pueda alcanzar todas su metas	1	2	3	4
10 Se siente tranquilo (a)	1	2	3	4
11 Tiene que tomar demasiadas decisiones	1	2	3	4
12 Se siente frustrado (a)	1	2	3	4
13 Se siente lleno (a) de energía	1	2	3	4
14 Se siente tenso (a)	1	2	3	4
15 Sus problemas parecen multiplicarse	1	2	3	4
16 Siente que tiene prisa	1	2	3	4
17 Se siente seguro (a) y protegido (a)	1	2	3	4
18 Tiene muchas preocupaciones	1	2	3	4
19 Esta bajo la presión de otras personas	1	2	3	4
20 Se siente desanimado (a)	1	2	3	4
21 Se divierte	1	2	3	4
22 Tiene miedo del futuro	1	2	3	4
23 Siente que hace cosas por obligación no porque quiera hacerlas	1	2	3	4
24 Se siente criticado (a) o juzgado (a)	1	2	3	4
25 Se siente alegre	1	2	3	4
26 Se siente agotado (a) mentalmente	1	2	3	4
27 Tiene problemas para relajarse	1	2	3	4
28 Se siente agobiado (a) por la responsabilidad	1	2	3	4
29 Tiene tiempo suficiente para usted	1	2	3	4
30 Se siente presionado (a) por los plazos de tiempo	1	2	3	4

ANEXO # 2

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) (Tobin Holroyd Reynolds y Kigal 1989 Adaptación por Cano Rodríguez y García 2006)

El propósito de este cuestionario es encontrar el tipo de situaciones que causa problemas a las personas en su vida cotidiana y cómo éstas se enfrentan a estos problemas. Piense durante unos minutos en un hecho o situación que ha sido muy estresante para usted en el último mes. Por estresante entendemos una situación que causa problemas, le hace sentirse a uno mal o que cuesta mucho enfrentarse a ella. Puede ser con la familia, en la escuela, en el trabajo, con los amigos, etc. Describa esta situación en el espacio en blanco de esta página. Escriba qué ocurrió e incluya detalles como el lugar, quién o quiénes estaban implicados, por qué le dio importancia y qué hizo usted. La situación puede estar sucediendo ahora o puede haber sucedido ya. No se preocupe por si está mejor o peor escrito o mejor o peor organizado, sólo escribala tal y como se le ocurra. Continúe escribiendo por detrás si es necesario.

NO COPIAR

De nuevo piense unos minutos en la situación o hecho que haya elegido. Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en cómo maneja usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando el número que corresponda

0 = En absoluto 1 = Un poco 2 = Bastante 3 = Mucho 4 = Totalmente

Esté seguro de que responde a todas las frases y de que marca sólo un número en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento

NOMBRE.	EDAD.	FECHA EVAL.	
1	Luché para resolver el problema	0 1 2 3 4	
2	Me culpé a mí mismo	0 1 2 3 4	
3	Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés	0 1 2 3 4	
4	Deseé que la situación nunca hubiera empezado	0 1 2 3 4	
5	Encontré a alguien que escuchó mi problema	0 1 2 3 4	
6	Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente	0 1 2 3 4	
7	No dejé que me afectara, evité pensar en ello demasiado	0 1 2 3 4	
8	Pasé algún tiempo solo	0 1 2 3 4	
9	Me esforcé para resolver los problemas de la situación	0 1 2 3 4	
10	Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché	0 1 2 3 4	
11	Expresé mis emociones, lo que sentía	0 1 2 3 4	
12	Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminara	0 1 2 3 4	
13	Hablé con una persona de confianza	0 1 2 3 4	
14	Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas	0 1 2 3 4	
15	Traté de olvidar por completo el asunto	0 1 2 3 4	
16	Evité estar con gente	0 1 2 3 4	
17	Hice frente al problema	0 1 2 3 4	
18	Me criticué por lo ocurrido	0 1 2 3 4	
19	Analice mis sentimientos y simplemente los deje salir	0 1 2 3 4	
20	Deseé no encontrarme nunca más en esa situación	0 1 2 3 4	
21	Dejé que mis amigos me echaran una mano	0 1 2 3 4	
22	Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	0 1 2 3 4	
23	Quite importancia a la situación y no quise preocuparme más	0 1 2 3 4	
24	Oculté lo que pensaba y sentía	0 1 2 3 4	
25	Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas	0 1 2 3 4	
26	Me reproché por permitir que esto ocurriera	0 1 2 3 4	
27	Dejé desahogar mis emociones	0 1 2 3 4	
28	Deseé poder cambiar lo que había sucedido	0 1 2 3 4	
29	Pasé algún tiempo con mis amigos	0 1 2 3 4	
30	Me pregunté que era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	0 1 2 3 4	
31	Me comporté como si nada hubiera pasado	0 1 2 3 4	
32	No dejé que nadie supiera cómo me sentía	0 1 2 3 4	
33	Mantuve mi postura y luché por lo que quería	0 1 2 3 4	
34	Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	0 1 2 3 4	
35	Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	0 1 2 3 4	
36	Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	0 1 2 3 4	
37	Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto	0 1 2 3 4	
38	Me fié en el lado bueno de las cosas	0 1 2 3 4	
39	Evité pensar o hacer nada	0 1 2 3 4	
40	Traté de ocultar mis sentimientos	0 1 2 3 4	
	Me consideré capaz de afrontar la situación	0 1 2 3 4	

FIN DE LA PRUEBA

	IMP	AUT	EM	PSD	APS	ELI	EVP	RES
PD								
PC								
A cumplim tar po el evaluad								

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) (claves de corrección)	
Resolución de problemas (REP)	01+09+17+25+33
Autocrítica (AUC)	02+10+18+26+34
Expresión emocional (EEM)	03+11+19+27+35
Pensamiento desclerativo (PSD)	04+12+20+28+36
Apoyo social (APS)	05+13+21+29+37
Reestructuración cognitiva (REC)	06+14+22+30+38
Evitación de problemas (EVP)	07+15+23+31+39
Retirada social (RES)	08+16+24+32+40

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) (baremo)									
Pc	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES	Pc
1	1								1
2	2			0	0	0			2
3	3			1	1	1			3
4	4		0	1	2	2			4
5	5		1	2	3	2	0		5
10	6		3	4	4	4	1		10
15	8		4	5	5	5	2	0	15
20	10		4	6	6	6	2	1	20
25	11		5	7	7	6	3	1	25
30	12	0	5	8	8	7	3	2	30
35	13	1	6	9	8	8	4	2	35
40	14	2	7	10	9	9	4	2	40
45	15	3	8	12	10	9	5	3	45
50	16	3	9	12	11	10	5	3	50
55	16	4	9	13	12	11	6	4	55
60	16	5	10	14	13	12	7	4	60
65	17	6	11	15	13	12	7	5	65
70	18	7	11	16	14	13	8	5	70
75	19	8	12	16	15	14	8	6	75
80	19	10	14	17	16	15	9	7	80
85	20	12	15	18	17	16	10	8	85
90	20	14	16	19	18	17	11	9	90
95	20	16	18	20	19	18	13	11	95
96	20	17	18	20	20	19	13	11	96
97	20	18	19	20	20	19	14	11	97
98	20	20	20	20	20	19	16	13	98
99	20	20	20	20	20	20	16	15	99
	REP	AUT	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES	
Media	14,25	5,11	8,98	11,66	10,93	10,17	5,81		
DT	5,01	5,05	5,05	5,05	5,12	4,94	3,89	3,53	DT
N	335	335	335	334	332	335	334	334	N

ANEXO # 3 ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD

(Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS)

Haga un círculo en la respuesta leída

<i>Definición operativa de los ítems</i>	<i>Puntos</i>				
<i>Humor ansioso</i> (inquietud, espera de lo peor, aprensión (anticipación temerosa, irritabilidad)	0	1	2	3	4
<i>Tensión</i> (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1	2	3	4
<i>Miedos</i> (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, las multitudes, etc.)	0	1	2	3	4
<i>Insomnio</i> (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio, cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0	1	2	3	4
<i>Funciones intelectuales</i> (dificultad de concentración, mala memoria)	0	1	2	3	4
<i>Humor deprimido</i> (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	1	2	3	4
<i>Síntomas somáticos generales (musculares)</i> (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	0	1	2	3	4
<i>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</i> (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos, escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0	1	2	3	4
<i>Síntomas cardiovasculares</i> (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos anormales, extrasístoles)	0	1	2	3	4
<i>Síntomas respiratorios</i> (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	0	1	2	3	4
<i>Síntomas gastrointestinales</i> (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento)	0	1	2	3	4
<i>Síntomas genitourinarios</i> (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0	1	2	3	4
<i>Síntomas del sistema nervioso autónomo</i> (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0	1	2	3	4
4 Comportamiento durante la entrevista					
General: el sujeto se muestra tenso, incomodo, agitación nerviosa de las manos (se frota los dedos), aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial	0	1	2	3	4
Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp/min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmia, mioclonias palpebrales	0	1	2	3	4

ANEXO # 4 CONTRATO TERAPEUTICO

**CAJA DE SEGURO SOCIAL
POL DR. HORACIO DIAZ GÓMEZ**

CONTRATO TERAPEUTICO

Yo _____ mediante este contrato me comprometo a recibir un tratamiento grupal de terapia racional emotiva conductual con el fin de reducir los síntomas de estrés ansiedad y aumentar las estrategias de afrontamiento asociados a la hipertensión que padezco

Al firmar este contrato me comprometo a asistir puntualmente a las 13 sesiones programadas una vez por semana (jueves) en un horario de 1 00 p m a 3 00 p m

Además me comprometo a participar activamente en las sesiones y cumplir con las tareas que se asignen para la casa

Firma del paciente

Firma del terapeuta

Fecha _____

HISTORIAS CLÍNICAS

Grupo experimental

Sujeto # 1

Datos generales

Nombre	A A	Escolaridad	Sexto año
Sexo	F	Ocupacion	Ama de casa
Edad	61 años	Estado civil	Divorciada

Motivo de consulta

Es hipertensa desde los 50 años de edad (al momento en que se le presentaba la menopausia) Refiere que tras haber muerto su madre hace dos años ha tenido constantes problemas con la presión puesto que esta se le sube señala no superar la pérdida de su madre que además era su amiga su compañera nunca se separaban Se encuentra preocupada porque esta perdiendo la vista cada vez ve menos y esto la hace sentirse deprimida

Sintomatología

Cognitiva piensa que si se queda ciega del todo no va a servir para nada y que se va a morir porque pasa la mayoría del tiempo sola

Afectivo preocupación ansiedad pesimismo tristeza

Conductual llora constantemente no habla con nadie

Motivacional quisiera no perder la vision quisiera sentirse mejor y que alguien la ayude

Físico dolor de cabeza dolor y cansancio en la vista, tensión en el cuello insomnio pérdida de apetito

Historia de la enfermedad actual Actualmente se le sube mucho la presión, refiere estar muy preocupada no quiere perder la vista, tiene que pedir ayuda para leer y para movilizarse de un lugar a otro

Historia familiar Vive actualmente con su hijo de 41 años de edad desde hace aproximadamente 6 meses cuando este se separó de su esposa se mudó a vivir con ella No lo ve en todo el día él llega en la noche la ayuda económicamente y está pendiente de ella Últimamente ha tenido discusiones con su hijo porque siempre llega borracho y ella lo aconseja y él se molesta

Historia personal Sabe que por ser hipertensa debe estar tranquila y no preocuparse demasiado pero se siente tan mal que lo que hace es llorar refiere que todo anda mal con ella

Historia laboral Nunca ha trabajado cuando estuvo casada su marido era el que la mantenía, actualmente depende económicamente de su hijo

Historia sexual afectiva Desde que se divorció nunca más volvió a formar relación de pareja no es sexualmente activa desde entonces

Historia médica Refiere ser diabética, no reporta otras enfermedades físicas ni antecedentes de enfermedades mentales

Diagnóstico

F 54 (Factores psicológicos asociados a la hipertensión)

Sujeto # 2**Datos generales**

Nombre M R	Escolaridad Tercer año
Sexo F	Ocupación Ama de casa
Edad 50 años	Estado civil Unida

Motivo de consulta

Es hipertensa desde hace 23 años refiere encontrarse preocupada con muchos dolores de cabeza y mareo Le preocupa la escasas economica en la que viven y la situacion de su hijo menor que se salió de la universidad y desde que empezó a trabajar no hace otra cosa que tomar

Sintomatologia

Cognitiva piensa mucho en la falta de dinero piensa mucho el hecho de que su hijo haya dejado la escuela y se dedique a tomar

Afectivo se siente en ocasiones triste preocupada ansiosa

Conductual inquietud llora discusiones con su hijo

Motivacional desea que su situación economica mejore y que su hijo cambie su manera de ser

Fisica aumento de PA, dolores de cabeza, mareo debilidad, insomnio

Historia de la enfermedad actual Desde hace un par de meses cuando su hijo lleo a casa todo ensangrentado borracho y con una pistola en su bolsillo desde entonces siente que no puede dormir se siente mareada y con dolor de cabeza nada la tranquiliza

Historia familiar Vive actualmente con su marido de 52 años sus hijos varones de 24 y 16 años respectivamente las relaciones entre los miembros de la familia son buenas su esposo es taxista, solo lo ve en las noches su hijo mayor estudia en la universidad su hijo menor anda en malos pasos no le hace caso y se salió del colegio

Historia personal Desde que es hipertensa ha tratado de practicar estilos de vida saludables se toma los medicamentos y está pendiente siempre de sus citas médicas

Historia laboral Después de que le diagnosticaron hipertensión dejó de trabajar en casa de familia, depende económicamente de su esposo

Historia sexual afectiva Mantiene buenas relaciones con su esposo lleva una vida sexualmente activa

Historia médica Refiere ser diabética, no reporta enfermedades físicas no hay antecedentes de enfermedades psiquiátricas

Diagnóstico

F 54 (Factores psicológicos asociados a la hipertensión)

Sujeto # 3**Datos generales**

Nombre M G	Profesión Licenciado en banca y finanzas
Sexo M	
Edad 54 años	Estado civil Divorciado
Escolaridad Universitario	

Motivo de consulta

Es hipertenso desde hace un año refiere tener muchos problemas y muchas enfermedades encima, toma multiples medicamentos se encuentra preocupado por su salud

Sintomatologia

Cognitivo piensa que no va a poder más con tantos problemas cree que cualquier rato va a morir

Afectivo estado de ánimo deprimido ansiedad, irritabilidad, pérdida de apetito

Conductual se encierra en su cuarto no habla con nadie

- **Motivacional** sabe que por su propia cuenta no va a poder salir adelante quisiera que le ayuden a manejar todos sus problemas

Fisico insomnio mareo pérdida de equilibrio visión borrosa hinchazón en las piernas

Historia de la enfermedad actual Se siente deprimido angustiado con todas las complicaciones de salud que presenta ha llegado a pensar que lo mejor seria morir para acabar con todos sus problemas y sufrimiento

Historia familiar Tiene tres hijos varones de 21 18 y 17 años respectivamente ellos viven con su exesposa en Panama Vive actualmente con su padre de 76 años y su hermano menor de 13 años Las relaciones con su padre las describe como regulares discuten mucho por causa de su hermano menor quien siempre anda agarrándole las cosas y es ofensivo con él y su padre Trata de no relacionarse con su hermano menor para evitarse problemas con su padre refiere que su hermano tiene una conducta disocial (roba pelea manipula ha intentado agredirlo a el y a su padre y este no hace nada)

Historia personal Trata siempre de cumplir con sus citas toma 16 tipos de medicamentos para todas sus complicaciones de salud trata de practicar estilos de vida saludable y de buscar ayuda Se atiende con psicología y psiquiatría

Historia laboral Dejó de trabajar hace más de un año (es pensionado por invalidez debido a las complicaciones de salud que presenta)

Historia sexual afectiva Se divorcio hace dos años no refiere tener una vida sexualmente activa No ha vuelto a entablar relación de pareja

Historia médica Refiere ser diabético obeso tiene diagnóstico de depresión padece de ulcera en las piernas sufre de los riñones tiene problemas con la próstata Refiere antecedentes familiares de depresión

Diagnóstico

F 54 (Factores psicológicos asociados a la hipertension)

Sujeto # 4**Datos generales**

Nombre A C	Escolaridad Sexto grado
Sexo F	Ocupación Ama de casa
Edad 57 años	Estado civil Soltera

Motivo de consulta

Es hipertensa desde hace 4 años refiere que no es la misma mujer de antes le gustaba hacer todo a tiempo y rápido ahora se siente lenta, trata de tomarse las cosas con calma para que no se le suba la presión

Sintomatología

Cognitiva piensa que su hipertensión es un problema para ella y que todavía no se acostumbra a los medicamentos

Afectiva se siente tensa preocupada, es pesimista

Conductual llora ocasionalmente se aísla no habla con nadie

Motivacional quisiera sentirse útil recuperar su salud y para ello sabe que necesita ayuda

Física dolores de cabeza, mareo dolor en el cuello debilidad, cansancio

Historia de la enfermedad actual Hace dos días se le subió la presión que tuvieron que llevarla a urgencias se encontraba muy preocupada porque se palpo el seno izquierdo y se dio cuenta que tenía una bolita y pensó lo peor

Historia familiar Vive actualmente con su hijo de 32 años su nuera y sus dos nietos mantiene buenas relaciones con ellos se dedica a atender a sus nietos y ayuda a su hijo en lo que pueda En ocasiones visita a su madre que vive cerca y hace los mandados

Historia personal Desde que es hipertensa ha tratado de hacer cambios en su vida como caminar hacer ejercicios aunque todavía no se acostumbra, trata de asistir puntualmente a sus citas y controles médicos

Historia laboral Actualmente no trabaja, es ama de casa, trabajó por mucho tiempo en casa de familia

Historia sexo afectivo Se casó a los 17 años de edad su esposo la golpeaba mucho se separó de él hace 28 años No volvió a casarse de nuevo

Historia médica Refiere antecedentes familiares de cáncer es asmática no reporta antecedentes de enfermedades psiquiátricas

Diagnóstico

F 54 (factores psicológicos asociados a la hipertensión)

Sujeto # 5**Datos generales**

Nombre C S	Escolaridad Sexto año
Sexo F	Ocupación Secretaria
Edad 35 años	Estado civil Soltera

Motivo de consulta

Es hipertensa desde hace 8 meses se siente presionada por su trabajo está preocupada también por su hijo que tiene leucemia se siente triste y desesperada

Sintomatología

Cognitiva piensa que tiene muchos problemas y que la hipertensión es un problema más para ella

Afectiva preocupación tristeza, desesperanza e irritabilidad

Conductual se queja mucho de lo injusta que ha sido la vida con ella llora frecuentemente por su hijo falta mucho al trabajo se muestra inquieta

Motivacional quisiera que todos sus problemas se acabasen y que su hijo se recupere

Física dolor de cabeza, presión elevada, pérdida de apetito insomnio debilidad mareo

Historia de la enfermedad actual Desde hace 8 meses cuando le diagnosticaron hipertensión siente que ya no es la misma se encuentra muy preocupada por la salud de su hijo a veces siente mareo tensión y se le sube la presión refiere no dormir ni comer bien solo piensa en los problemas que tiene

Historia familiar Vive con su esposo de 34 años sus hijos varones de 10 y 5 años respectivamente su hijo menor tiene leucemia, las relaciones con su esposo las describe como buenas a veces discuten porque él no la comprende y solo le dice que ella se preocupa demasiado por las cosas

Historia personal Sabe que tiene que estar tranquila y no tomarse las cosas a pecho pero siente que en estos momentos es una mujer muy frágil y que no puede con tanto sufrimiento cree que si pierde a su hijo menor ella también se muere

Historia laboral Labora como secretaria en la alcaldía de Veraguas refiere que ha pedido muchos permisos ha faltado mucho tiene demasiado trabajo pendiente y no quiere que la despidan la situación de su hijo menor la tiene muy mal refiere no tener cabeza para trabajar

Historia sexual- afectivo Refiere querer a su esposo que lo ama, pero que lo rechaza porque no tiene cabeza ni el deseo de tener intimidad

Historia médica No refiere otras enfermedades físicas ni antecedentes de enfermedades psiquiátricas

Diagnóstico

F 54 (Factores psicológicos asociados a la hipertensión)

Sujeto # 6**Datos generales**

Nombre A C **Profesión** Docente de segunda enseñanza
Sexo M **Estado civil** Casado
Edad 46 años

Motivo de consulta

Es hipertenso desde hace dos años se encuentra preocupado y triste porque su esposa se esta separando de él ella es mucho más joven que él han tenido muchos problemas ella quiere irse y llevarse a sus hijos pero fue él quien se fue de la casa, se pelean la custodia de los niños la presión se le sube repentinamente

Sintomatología

Cognitivo piensa que su vida es muy difícil ahora y que la hipertensión lo complica aun más
Afectivo Se siente preocupado triste pesimista irritable
Conductual se aísla, grita, discute
Motivacional desea que la situación con su esposa se arreglase todavía guarda la esperanza de recuperar a su familia
Físico presión alta dolores de cabeza, tensión en el cuello

Historia de la enfermedad actual Hace una semana la presión se le subió en varias ocasiones considera que esto se debe a que tiene muchos problemas se niega a aceptar el fracaso en su matrimonio no tiene concentración en su trabajo

Historia familiar Vive actualmente en casa de su madre de 73 años su padre murió hace 7 años Esta casado con una mujer de 32 años tiene dos hijos varones de 14 y 12 años respectivamente y una niña de 9 años Las relaciones con su esposa se ha deteriorado su esposa le dice que ya no lo quiere que le dé el divorcio

Historia personal Desde que es hipertenso trata de cuidarse mucho trata de tomarse los medicamentos con las dosis señaladas refiere que cuando se molesta la presión se le sube considera que es una persona muy impulsiva

Historia laboral Labora como profesor de matemáticas en un colegio de segunda enseñanza ultimamente sus problemas no lo dejan concentrarse en su trabajo

Historia sexual – afectivo Se casó hace 15 años actualmente no lleva una vida sexual activa considera que ha sido un buen esposo y padre se niega a aceptar un fracaso en el matrimonio

Historia médica Refiere ser asmático no reporta otras enfermedades físicas No reporta antecedentes psiquiátricos

Diagnóstico

F 54 (Factores psicológicos que afectan el estado de ánimo)

Sujeto # 7**Datos generales**

Nombre F P	Profesión Secretaria
Sexo F	Ocupación Ama de casa
Edad 72 años	Estado civil Soltera
Escolaridad Universitaria	

Motivo de consulta

Es hipertensa desde hace 20 años desde el momento en que se le presentaba la menopausia, refiere encontrarse preocupada porque tiene muchos problemas de salud y problemas familiares Se disputa con su hermana mayor unas tierras esto la hace sentirse molesta y preocupada

Sintomatología

Cognitiva piensa que lo que su hermana quiere es matarla para quedarse con todo lo que le pertenece a ella

Afectiva preocupación ansiedad irritabilidad

Conductual inquietud pelas discusiones

Motivacional quiere que se termine toda la disputa que tiene con su hermana, quiere sentirse en paz

Física tensión en el cuello presión alta, insomnio mareo cansancio pérdida de apetito

Historia de la enfermedad actual Refiere que desde que murió su padre en diciembre del año 2013 a la edad de 92 años ha tenido problemas con su hermana mayor porque le disputa unas tierra que asegura su padre le dejó a ella Desde entonces los

problemas no terminan con su hermana, se han enemistado y optaron por la vía legal para resolver este problema pero siguen teniendo fuertes discusiones

Historia familiar Actualmente vive sola, sus tres hijos viven en Panamá, la visitan ocasionalmente sus hijos han querido llevársela pero no ha querido irse a Panamá porque no quiere dejar su casa sola y no le gusta estar allá

Es jubilada ella misma sufraga sus gastos asegura mantener buenas relaciones con sus hijos

Historia personal Refiere que a pesar de todo se ha adaptado a su enfermedad, se toma sus medicamentos a tiempo está al tanto de sus citas y controles médicos hace ejercicio físico consume alimentos sanos pero ultimamente ha tenido subidas de presión porque agarra mucha rabia sabe que tiene que estar tranquila pero lo que menos tiene en estos momentos es tranquilidad

Historia laboral Es jubilada trabajó como secretaria en diferentes instituciones Actualmente se dedica a los quehaceres del hogar y a atenderse a ella misma

Historia sexual afectiva Se divorcio hace 19 años su marido la golpeaba mucho no volvió a casarse ni a entablar una relación de pareja refiere que haberse divorciado fue lo mejor que pudo haber hecho

Historia médica No reporta otras enfermedades físicas no refiere antecedentes de enfermedades psiquiátricas

Diagnóstico

F 54 (Factores psicológicos que afectan el estado de ánimo)

Sujeto # 8

Datos generales

Nombre C B	Escolaridad Sexto año
Sexo F	Ocupación Ama de casa
Edad 68 años	Estado civil Casada

Motivo de consulta

Es hipertensa desde hace 16 años porque las ventas de su negocio no andan bien y tiene muchos problemas de salud por lo que refiere estar cansada de sufrir tanto

Sintomatología

Cognitiva piensa que tiene muchos problemas y que sola no puede
piensa que no le importa a nadie ni siquiera a su propia familia

Afectivo se siente preocupada ansiosa estado de animo deprimido

Conductual llora constantemente se queja, se muestra inquieta,
discute frecuentemente

Motivacional quisiera sentirse bien y que le ayuden a manejar sus
problemas

Físico tensión insomnio dolor de cabeza y presión alta

Historia de la enfermedad actual Últimamente no duerme todo lo que come le cae mal las ventas de su negocio andan bajas y esto la hace sentirse preocupada alude sentirse mal piensa que le están haciendo brujería y que la van a matar porque nada le sale bien

Historia familiar Vive con su esposo y dos hijos varones se relaciona bien con su esposo con sus hijos discute porque dice que ellos no la quieren porque no se preocupan

por ella que está enferma y ellos no la ayudan. Sus otros dos hijos viven en Panamá, se relaciona bien con ellos aunque vienen poco a visitarla.

Historia personal Refiere que desde que es hipertensa, desde hace mucho tiempo todavía no logra adaptarse a su enfermedad. Se describe como una persona muy nerviosa a pesar de que toma sus medicamentos asegura no sentirse bien.

Historia laboral Ha trabajado toda su vida en un negocio familiar de comida seca al por menor. Últimamente no está trabajando porque asegura no sentirse bien.

Historia sexual – afectiva No lleva una vida sexual activa. Refiere que su esposo la comprende y siempre la apoya.

Diagnóstico

F 54 (Factores psicológicos que afectan el estado de ánimo)

HISTORIAS CLÍNICAS DEL GRUPO CONTROL

Sujeto # 1

Datos generales

Nombre SM

Escolaridad Sexto año

Sexo F

Ocupación Ama de casa

Edad 66 años

Estado civil Soltera

Motivo de consulta

Es hipertensa desde hace 10 años se encuentra preocupada por la situación económica el dinero no le alcanza tiene muchos gastos está enferma y se siente como una extraña en su propia casa

Sintomatología

Cognitiva considera que estaría mejor si estuviera sola en su casa no tiene paz ni tranquilidad con su nuera y su hijo viviendo con ella

Afectiva se siente preocupada, irritable triste

Conductual se aísla se encierra en su cuarto se va a casa de su hija en Panamá

- **Motivacional** quisiera que su situación económica cambiase y sentirse bien viviendo tranquila en su propia casa

Física presión alta, tensión en el cuello dolor de cabeza mareo

Historia de la enfermedad actual En la última semana ha tenido problemas con su presión se siente mareada, fue al médico y le encontraron brote de sangre en los riñones se encuentra preocupada le duele la espalda se le inflama el vientre Refiere tener muchas deudas y lo poco que gana cocinando no le alcanza para nada su hijo no la ayuda

económicamente y tiene problemas con su nuera expresa que es una mujer que solo está explotando a su hijo que es una mala madre y que no hace nada en la casa no la ha corrido de la casa por su hijo siempre pelean No se siente a gusto viviendo en su propia casa le preocupa también la situación económica de su hija que vive en Panama ella no trabaja tiene 5 hijos y su esposo no gana mucho

Historia Familiar Vive desde hace año y medio con su hijo de 40 años su nuera de 34 años y su nieta de año y medio Las relaciones con su hijo son buenas aunque a veces discuten por problemas relacionados al dinero y los malos tratos de su nuera Tiene dos hijos más que viven en Panama y cuando puede los visita

Historia personal Refiere estar siempre al día con sus medicamentos cuando se preocupa demasiado o se enoja la presión se le sube Trata de comer sanamente en la medida de su presupuesto no deja de preocuparse por las complicaciones de salud que presenta

Historia laboral Es jubilada, trabaja como modista en su propia casa para ayudarse económicamente

Historia sexual afectiva Se separó de su esposo hace 16 años por violencia doméstica no volvió a formar una relación de pareja ni a casarse nuevamente

Diagnóstico

F 54 (Factores psicológicos que afectan el estado de ánimo)

Sujeto # 2**Datos generales**

Nombre I V	Escolaridad Sexto año
Sexo M	Ocupación Maestro
Edad 68 años	Estado civil Casado

Motivo de consulta

Es hipertenso desde hace 8 años desde que su hijo mayor murió refiere sentirse nervioso preocupado ha escuchado rumores de que su esposa tiene sida, le preguntó a ella y le dijo que si teme estar infectado se realizó la prueba pero resultó negativa Su esposa es mucho menor que el y siempre ha tratado de controlarle la vida y su dinero a veces piensa que solo le interesa lo material hasta lo ha llegado a agredir físicamente en presencia de sus hijos

Sintomatología

Cognitiva piensa que está infectado de VIH y que su esposa no lo quiere

Afectiva se siente triste preocupado irritable

Conductual discute con su esposa, se aísla, se inquieta

Motivacional quisiera sentirse tranquilo no preocuparse por sus problemas y recuperar su matrimonio

Física debilidad cansancio presión alta dolor de espalda y cuello insomnio

Historia de la enfermedad actual Últimamente ha tenido la presión alta porque refiere que tiene muchos problemas con su esposa y que ella no lo respeta, sus hijos están pequeños y no van bien en la escuela y esto lo hace sentirse preocupado

Historia familiar Es su segundo matrimonio anteriormente estuvo casado por 22 años tuvo un hijo de esta relación que murió hace un año en un accidente de auto Vive actualmente con su esposa de 40 años sus hijos varones de 13 y 15 años las relaciones con su esposa se han deteriorado porque ella misma le ha dicho que tiene a otro y que el está viejo y si quiere que se vaya él de la casa, porque esa casa es de ella Las relaciones con sus hijos las describe como buenas no se ha separado de ella por sus hijos

Tiene dos hermanas que viven cerca y siempre le dicen que deje a esa mujer que no lo quiere que solo está abusando de él con sus hermanas se relaciona muy bien ellas siempre están pendiente de él porque es el mayor y su salud no anda bien

Historia personal Desde que es hipertenso está pendiente de sus medicamentos y sus citas medicas camina en las tardes trata de comer sano

Historia laboral Es maestro jubilado ahora que no esta trabajando se dedica a la ganaderia

Historia sexual afectiva Actualmente no lleva una vida sexual activa su esposa lo rechaza

Historia médica Refiere sufrir del corazón tiene problemas con la próstata

Diagnóstico

F 54 (Factores psicológicos que afectan el estado de ánimo)

Sujeto # 3**Datos generales**

Nombre G C	Escolaridad Universitaria
Sexo F	Profesión Secretaria
Edad 54 años	Estado civil Viuda

Motivo de consulta

Tiene 3 meses de ser hipertensa se encuentra muy mal ha estado hospitalizada porque la presión no le baja desde que su esposo murió hace tres meses se siente deprimida asegura que ella tuvo la culpa de su muerte

Sintomatología

Cognitiva Cree que tiene la culpa de que su esposo haya muerto y piensa que ella también debió haberse muerto con él

Afectiva Se siente preocupada, triste deprimida, sentimientos de culpa

Conductual Se encierra en su cuarto no habla con nadie llora constantemente

Motivacional Quisiera sentirse bien tener ganas de vivir quisiera que la ayudaran a superar todo esto que está pasando

Física Pérdida de apetito debilidad cansancio insomnio dolor de cabeza presión alta visión borrosa

Historia de la enfermedad actual Desde que murió su esposo su vida cambió por completo ya no siente ser la misma mujer de antes siente que una parte de ella esta muerta, presenta ideación suicida, llora mucho y hace dos semanas estuvo hospitalizada porque la presión no le bajaba

Historia familiar Desde la muerte de su esposo no se ha quedado más en su casa porque se siente mal vive ahora en casa de su hermana mayor Tiene un hijo de 22 años con el que se relaciona muy bien esta estudiando medicina en Panamá Tiene dos hermanos varones y una hermana, se relaciona bien con ellos Su madre también la apoya mucho pero trata de no preocuparla mucho porque ella es mayor

Historia personal Se considera una mujer muy sensible vulnerable no tiene cabeza para hacer nada ni siquiera para concentrarse en su trabajo Con los medicamentos que le han recetado se siente un poco más relajada, aunque asegura que hay momentos en que nada la tranquiliza

Historia laboral Trabaja como secretaria desde hace 33 años se desempeña bien en su trabajo pero ultimamente ha perdido el interés y la concentración en el mismo ha faltado mucho a su trabajo porque no se siente bien

Historia sexual afectiva Estuvo casada anteriormente por un año de esta relación fue producto su hijo de 22 años Se relacionaba muy bien y vivía feliz con su difunto esposo estuvieron casados por 20 años

Historia médica No reporta enfermedades físicas hay antecedentes de depresión por la línea materna

Diagnóstico

F 54 (Factores psicológicos que afectan el estado de ánimo)

Sujeto # 4**Datos generales**

Nombre A S	Escolaridad Sexto año
Edad 64 años	Ocupación Ama de casa
Sexo F	Estado civil Soltera

Motivo de consulta

Es hipertensa desde hace 12 años refiere encontrarse preocupada porque no es la misma mujer de antes piensa que ya no sirve para nada no puede permanecer mucho tiempo sentada ni parada porque se le hinchan las piernas se siente limitada y preocupada por su salud

Sintomatología

Cognitiva Piensa que sus piernas estan cada vez peor que ya no sirve para nada

Afectiva Se siente triste preocupada, ansiosa, es pesimista

Conductual Se muestra inquieta llora se queja constantemente

Motivacional Quisiera recuperar su salud quisiera resolver todos sus problemas

Fisico Presión alta, debilidad, cansancio tensión en el cuello dolor e hinchazón en las piernas

Historia de la enfermedad actual Desde que es hipertensa no puede preocuparse demasiado o emocionarse demasiado porque se le sube la presión actualmente tiene problemas de varices en las piernas y esto la preocupa demasiado refiere que cada día puede hacer menos cosas porque sus piernas no se lo permiten

Historia familiar Vive actualmente con su hija menor de 35 años tiene 2 hijos más que viven en Panamá, mantiene buenas relaciones con sus hijos ellos también están preocupados por ella

Historia personal Desde que es hipertensa trata de tomarse sus medicamentos y estar al tanto de sus citas médicas trata de comer saludable no hace ejercicio

Historia laboral Sus hijos la tiene asegurada, tiene su propio negocio en casa (abarrotera) de donde saca sus propios ingresos y donde llega a sentirse útil trabajando se dedica a los quehaceres del hogar en la medida de lo que sus piernas se lo permitan

Historia sexual afectiva Se casó a los 19 años tuvo 3 hijos se separó de su esposo cuando llevaban quince años de matrimonio porque el tomaba mucho y la maltrataba No volvió a formar una relación sentimental

Historia médica Sufre de varices es diabética, no refiere otras enfermedades físicas ni antecedentes de enfermedades psiquiátricas

Diagnóstico

F 54 (Factores psicológicos asociados al estado de ánimo)

Sujeto # 5**Datos generales**

Nombre N R	Escolaridad Universitario
Sexo M	Ocupación Ingeniero agrónomo
Edad 42 años	Estado civil Soltero

Motivo de consulta

Es hipertenso desde hace 2 años asiste a consulta porque se encuentra preocupado por su salud desde hace un par de meses siente dolor en su testículo izquierdo se realizó pruebas pero solo le encontraron un traumatismo y le prescribieron medicamentos pero el dolor persiste y teme que se le desarrolle un cáncer

Sintomatología

Cognitivo Piensa que tiene algo malo en su testículo considera que su vida es muy miserable

Afectivo Se siente preocupado ansioso se siente triste

Conductual Se muestra inquieto se aísla se lamenta de su condición

Motivacional Quisiera no preocuparse demasiado y pensar que todo está bien con su testículo y sentirse bien como antes

Físico Presión alta, dolor en testículo insomnio dolor en el cuello

Historia de la enfermedad actual Desde que es hipertenso su vida no es la misma considera que tiene muchas complicaciones de salud que lo hacen preocuparse demasiado en la última semana ha tenido problemas con la presión se siente frustrado

Historia familiar Vive actualmente con su padre de 68 años su madre murió hace 10 años Tiene una hermana de 38 años se relaciona bien con ella la ve poco porque vive en Panamá Tiene un hijo de 15 años lo ve poco este vive con su madre

Historia personal Considera que su vida no ha sido la mejor ha cometido muchos errores se siente miserable refiere que desde que es hipertenso su vida ha cambiado no logra adaptarse a su enfermedad no le gusta tomar ningún tipo de medicamentos Se toma los medicamentos de la presión solo cuando sabe que la presión se le va a subir no practica estilos de vida saludables

Historia laboral Últimamente ha faltado a su trabajo pidió vacaciones ya que no se siente en condiciones para trabajar Se relaciona bien con sus compañeros de trabajo

Historia sexual afectiva Nunca se ha casado tampoco ha tenido una relación de pareja estable refiere que no le gustan los compromisos expresa que desde que presenta dolor en el testículo no ha tenido relaciones sexuales

Historia médica Sufre de los riñones refiere antecedentes familiares de cáncer y depresión

Diagnóstico

F 54 (Factores psicológicos que afectan el estado de ánimo)

Sujeto # 6**Datos generales**

Nombre H A	Escolaridad Universitario
Edad 64 años	Ocupación Abogado
Sexo M	Estado civil Casado

Motivo de consulta

Es hipertenso desde hace 15 años asiste a consulta porque ultimamente no duerme se siente preocupado tiene mucho trabajo en su oficina siente que su condición física y de salud no es la mejor lleva un ritmo de trabajo muy agitado

Sintomatología

Cognitiva Piensa que no puede ya con tanto trabajo que le exigen demasiado

Afectiva Se siente preocupado su estado de animo es irritable es pesimista

Conductual Se queja de tanto trabajo discute con su esposa, todo le molesta

Motivacional Quisiera que le ayudaran a controlar su manera de ser quiere sentirse en paz con él y con todos

Física Presión alta debilidad, cansancio insomnio

Historia de la enfermedad actual En el ultimo mes considera que no ha podido estar tranquilo no puede dormir considera que tiene mucho trabajo en la oficina y está atrasado con muchos informes cree que ya no puede con el ritmo de trabajo

Historia familiar Vive con su esposa y su hijo menor de 23 años tiene dos hijos más pero se casaron y viven independientes se relaciona bien con sus hijos A veces discute con su esposa porque ella trata de tranquilizarlo y de que no se preocupe

Historia personal Se describe como una persona responsable comprometida, desde que es hipertenso consume medicamentos todavía no logra adaptarse a su enfermedad no hace ejercicio físico no practica estilos de vida saludables

Historia laboral Ha trabajado toda su vida en la fiscalía de Veraguas considera que le gusta su profesión pero la demanda de trabajo es cada vez mayor

Historia sexual afectiva Desde hace un año no lleva una vida sexual activa expresa que no tiene tiempo para eso que está frustrado cansado irritable y piensa que su esposa no lo comprende por completo ella ha llegado a pensar que tiene a otra

Historia médica No refiere enfermedades físicas no hay antecedentes de enfermedades psiquiátricas

Diagnóstico

F 54 (Factores psicológicos que afectan el estado de ánimo)

Sujeto N 7

Datos generales

Nombre MP

Escolaridad Sexto año

Sexo F

Ocupación Bibliotecaria

Edad 45

Estado civil Casada

Motivo de consulta

Es hipertensa desde hace cinco años asiste a consulta porque no puede dormir bien de tanta preocupacion a su mamá tiene que estarla cuidando y estar pendiente de ella, a su madre le están practicando quimioterapia, tiene cancer en el estómago y esto la tiene muy mal

Sintomatología

Cognitiva Piensa que es mucha responsabilidad para ella sola cree que no puede seguir viendo a su madre así piensa que a ella sus hermanos le estan viendo la cara porque ni siquiera se preocupan por su madre

Afectiva Se siente preocupada, ansiosa triste irritable pérdida de apetito

Conductual Lloro, se desmaya, se muestra inquieta

Motivacional Quisiera que alguien la ayude a controlar sus emociones su estado de animo y sentirme mejor con toda esto que está pasando

Fisica Dolores de cabeza tensión en el cuello presión alta, insomnio

Historia de la enfermedad actual Actualmente se encuentra muy preocupada, considera que su mama cualquier rato va a morir ha faltado a su trabajo por estar atendiendo a su madre ella también ha estado muy mal ya que en varias ocasiones se le ha elevado la presión y le cuesta conciliar el sueño por las noches

Historia familiar Vive actualmente con su esposo de 55 años su madre de 66 años y sus hijos de 22 y 19 años Se relaciona bien con su esposo aunque lo ve poco El es policia y trabaja en Colon viene cada quince días con su madre se relaciona bien, siempre ha vivido con su madre desde que su padre murió hace 12 años su madre se fue a vivir con ella Con sus dos hijos mantiene buenas relaciones son estudiosos y responsables Tiene dos hermanos uno vive en Santiago y el otro en Panamá y no la ayudan con la situación de su madre todas las responsabilidades se la han dejado a ella sola

Historia personal Desde que le diagnosticaron hipertensión vió esto siempre como un problema limitante para ella ya que no puede preocuparse o emocionarse demasiado por que la presión se le sube Consume medicamentos asiste puntualmente a sus citas trata de practicar en la medida que pueda estilos de vida saludables no realiza ejercicio ni otras actividades recreativas solo va de su trabajo a la casa

Historia laboral Toda su vida ha trabajado de bibliotecaria en una escuela secundaria de Veraguas tras hacerse complicado la situación de salud de su madre ha faltado varias veces al trabajo porque tiene que hacerse cargo de ella

Historia sexual afectiva Las relaciones con su esposa las describe como buenas él la comprende y sabe que está pasando por un momento difícil trata de animarla y la apoya en lo que puede

Historia médica No refiere otras enfermedades médicas hay antecedentes de cáncer por la linea materna, no reporta antecedentes de enfermedades psiquiátricas

Diagnóstico

F 54 (Factores psicológicos que afectan el estado de animo)

Sujeto N 8

Datos generales

Nombre EB

Estado civil Soltero

Edad 62 años

Escolaridad Tercer año

Sexo M

Ocupacion Trabajador manual

Motivo de consulta

Es hipertenso desde hace ocho años asiste a consulta porque se encuentra preocupado porque sus tres hijos menores están chicos en la escuela y el dinero no le alcanza está enfermo también y sus hijos trabajan no lo ayudan

Sintomatología

Cognitiva Piensa que tiene muchas deudas que el dinero no le alcanza, que no tiene ayuda de nadie

Afectiva Se siente preocupado ansioso irritado

Conductual Se muestra inquieto discute grita

Motivacional Quisiera estar tranquilo quisiera que todos sus problemas se terminasen desea que le ayuden a controlar su temperamento

Física Dolor de cabeza, tensión en el cuello presión alta insomnio

Historia de la enfermedad actual En el último mes ha tenido la presión un poco alta, asegura que tiene muchas deudas responsabilidades familiares su padre está enfermo las relaciones con su esposa no andan bien y su salud no es la mejor es el único que trabaja para sostener el hogar

Historia familiar Vive actualmente con su papá de 80 años su mujer de 57 años y sus tres hijos menores de 14 16 y 18 años quienes estudian tiene dos hijos mayores de edad que trabajan pero se casaron y no lo ayudan económicamente con sus hijos se relaciona bien aunque a veces es muy estricto con ellos pero solo lo hace para que lo respeten

Tiene una hermana mayor que es discapacitada, es ciega de nacimiento su madre murió hace 11 años

Historia personal Se describe como una persona trabajadora seria responsable desde que es hipertenso su estilo de vida ha cambiado ha dejado de tomar de fumar y trata de comer saludable consume sus medicamentos trata de asistir a sus citas cuando no puede ir es porque está trabajando

Historia laboral Ha tenido diferentes trabajos actualmente lleva 15 años trabajando como trabajador manual en una escuela primaria Las veces que ha faltado a su trabajo ha sido porque anda con su padre enfermo o porque el esta enfermo

Historia sexual afectiva las relaciones con su esposa son pocas ella siempre lo rechaza no lleva una vida sexual activa, siempre discuten pelean por este motivo

Historia médica Es epiléptico asmático no reporta antecedentes de enfermedades psiquiátricas

Diagnóstico

F 54 (Factores psicológicos que afectan el estado de ánimo)