

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA



Trabajo de Graduación para optar al Título de
Licenciatura en Psicología

Tema:

“FACTORES EMOCIONALES Y SU RELACIÓN CON LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL Y DISEÑO DE UN PROGRAMA PSICOTERAPÉUTICO EN PACIENTES DE 45 A 65 AÑOS DE LAS UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR DEL MUNICIPIO DE AYUTUXTEPEQUE Y CANTÓN ZACAMIL DEL MUNICIPIO DE MEJICANOS DEL DEPARTAMENTO DE SAN SALVADOR DURANTE EL AÑO 2016”.

Presentado por:

Br. Menjívar Miranda, Ana Lidia

Br. Romero Cruz, Rudy Lorena

Carné

MM10074

RC10033

Docente director:

Lic. Omar Panameño Castro

Coordinador general del proceso de grado:

Lic. Mauricio Evaristo Morales

Ciudad Universitaria, 5 de febrero de 2018

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR



RECTOR:

MAESTRO ROGER ARMANDO ARIAS ALVARADO

VICERECTOR ACADÉMICO:

DR. MANUEL DE JESÚS JOYA

VICERECTOR ADMINISTRATIVO:

ING. NELSON BERNABÉ GRANADOS

SECRETARIO GENERAL:

MAESTRO CRISTÓBAL RÍO

**AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS Y
HUMANIDADES**



DECANO:

LIC. VICENTE CUCHILLAS

VICE-DECANO:

LIC. EDGAR NICOLÁS AYALA

SECRETARIO:

MAESTRO HÉCTOR DANIEL CARBALLO

AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA



JEFE DEL DEPARTAMENTO:

LIC. WILBER ALFREDO HERNÁNDEZ

COORDINADOR DEL PROCESO DE GRADO:

LIC. MAURICIO EVARISTO MORALES

DOCENTE DIRECTOR:

LIC. OMAR PANAMEÑO CASTRO

AGRADECIMIENTOS

A DIOS, por la vida que me ha dado y porque ha estado conmigo en todo momento dándome la fortaleza y sabiduría necesarias para culminar mi carrera.

A mi madre: Rosibel Cruz, mi compañera en este viaje de la vida y mi mayor ejemplo de una mujer valiente y trabajadora, gracias por todo tu esfuerzo, por el amor y la confianza que siempre has tenido en mí.

A mi padre: Raúl Romero, quien me ha enseñado la importancia de la honestidad y la responsabilidad, gracias por inculcarme siempre el valor de la educación, por su amor y por estar para mí incondicionalmente.

A mis hermanos y hermanas: Rubidia, Patricia, Raúl y Alejandro por cada momento que hemos compartido y por cada una de esas veces en que una palabra o gesto suyo ha animado mi corazón.

A la familia Bonilla Arévalo: Matías Bonilla y mi madrina Martina de Bonilla, quienes han sido piezas fundamentales en mi crecimiento espiritual y formación profesional, gracias por cada uno de sus consejos y enseñanzas.

A mis padrinos: Terry y Joan Morehouse, quienes sin conocerme me abrieron las puertas de su corazón, alentaron mi esperanza y se convirtieron en mis cómplices para la realización de este sueño.

A mis queridos tíos: Santos Castellanos y Elena de Castellanos, porque han sido mis segundos padres y me han acompañado siempre brindándome su amor, su hogar, su tiempo y su apoyo incondicional.

Al amor de mi vida: Eduardo Rivas, gracias por amarme, cuidarme y motivarme a cumplir mis metas y propósitos y por apoyarme incondicionalmente en cada nuevo reto emprendido.

A mi amiga, compañera de tesis y colega: Any Menjívar, compartir esta etapa de mi vida contigo ha sido un placer, gracias por permitirme aprender contigo y de ti, por tu paciencia característica y esa serenidad que transmites, por tu empeño y dedicación en todo el proceso y, sobre todo, gracias por convertirte en mi hermana elegida.

A nuestro asesor de tesis: Lic. Omar Panameño Castro, por compartirnos sus conocimientos y por cada uno de los aportes que contribuyeron a nuestra investigación.

A mis demás familiares y amigos: por creer en mí, por apoyarme siempre y animarme a continuar hasta materializar este sueño.

Rudy Lorena Romero Cruz.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS: por el regalo de la vida, por darme sabiduría y fortaleza en los momentos de dificultad, por siempre cuidar de mí, y permitirme ahora culminar con alegría mi carrera universitaria.

A mi madre: Pedrina Miranda, gracias por todo el amor y el apoyo incondicional que me ha brindado, quien con su esfuerzo y sacrificio ha sabido dar todo lo que está a su alcance por el bienestar de sus hijos.

A mi padre: Santos Menjívar, por estar presente en este viaje de la vida, por ser un apoyo en mi formación, y enseñarme a trabajar por lo que quiero.

A mis hermanos y hermanas: Carlos, Alba, Eduardo, Delmy y Consuelo, por todas las experiencias que hemos atesorado juntos, y porque cada uno con sus características individuales me han apoyado en este camino, gracias por estar presentes.

A mi tía: Fidelina Miranda, por su paciencia y bondad, por ser como mi segunda madre, por brindarme su cariño y su hogar para iniciar mis estudios. A mi prima Bety por todo el apoyo y cariño brindado.

A Familia Alvarenga-Franco: quienes han creído en mis capacidades y me han apoyado desde la infancia en mi formación personal y académica, a quienes agradezco por su cariño, y valiosa ayuda que me han dado.

A Familia Valle-Franco: por siempre motivarme a continuar y por toda la ayuda que de forma voluntaria me han dado a lo largo de mi carrera.

A Familia Franco-Menjívar: por no dejarme sola cuando lo he necesitado, por su gran cariño y apoyo incondicional.

A Familia Franco-Escobar: por su colaboración y apoyo en el desarrollo de mi formación académica.

A David Serrano: una persona muy especial, quien me ha brindado su amor, paciencia y apoyo incondicional, que cada día me recuerda que puedo lograr todo lo que me proponga, quien cree en mí fielmente y me anima a explorar nuevos horizontes.

A mi amiga, compañera y colega: Lorena Romero, por todas las experiencias que he disfrutado compartir contigo, por enseñarme a crecer tanto en lo académico como personal, con quien he reído y llorado, agradezco a Dios por poner en mi camino a una persona como tú, divertida, cariñosa, inteligente, incondicional y muchas cosas más, gracias por ser y estar.

A nuestro asesor de tesis: Lic. Omar Panameño Castro, por compartir sus conocimientos y experiencias con nosotras, por los aportes brindados para el desarrollo de esta investigación.

A mis demás amigos y familiares: Mi más profundo y sincero agradecimiento a todas aquellas personas que han estado presentes en esta importante etapa de mi vida, por brindarme un abrazo, una palabra, una mirada en el momento justo, gracias por estar.

Ana Lidia Menjívar Miranda.

ÍNDICE

Introducción	xiv
Capítulo I. Planteamiento del Problema.....	16
A. Situación actual	16
B. Enunciado del problema.....	16
C. Objetivos de la investigación	17
Objetivo General	17
Objetivos Específicos.....	17
D. Justificación	18
E. Delimitación.....	19
F. Alcances	19
E. Limitaciones	20
Capítulo II. Marco Teórico	21
1. Antecedentes	21
2. Aproximación histórica a los conceptos de salud y enfermedad.....	25
2.1 El dualismo mente-cuerpo.....	26
2.2 El modelo biomédico	28
2.3 El modelo biopsicosocial	29
2.4 El nacimiento de la psicología de la salud	31
3. Hipertensión arterial.....	33
3.1 Definición.....	33
3.2 Síntomas de la hipertensión	33
3.3 Clasificación de la hipertensión arterial	34
3.3.1 Clasificación etiológica de la hipertensión.....	34
3.3.1.1 Hipertensión primaria.....	34
3.3.1.2 Hipertensión secundaria	34
3.3.2 Clasificación según el nivel de la presión sanguínea	34
3.4 Órganos afectados por la hipertensión arterial	35
3.5.2. Consumo de sal	36
3.5.3. Consumo de alcohol.....	37
3.5.4. Sedentarismo	37
3.6 Atención médica del paciente hipertenso.....	37

3.6.1 Valoración inicial del paciente hipertenso	38
3.6.2 Seguimiento del paciente hipertenso.....	38
3.6.3 Adulto mayor hipertenso.....	38
3.6.4 Recomendaciones de buenas prácticas no farmacológicas	39
4. Factores emocionales y su influencia en la hipertensión esencial.....	40
4.1 Estrés y la hipertensión arterial esencial	40
4.1.1. Definición del estrés.....	41
4.3.2 Importancia del estrés en el ámbito de la salud.....	41
4.1.3 El estrés psicosocial	44
4.1.3.1. Características de un estresor	44
4.1.3.2. Modalidades del estrés psicosocial	45
4.1.3.3. Los sucesos vitales y la salud.....	46
4.2 Emoción y la salud.....	49
4.2.1 La emoción en los procesos de enfermedad.....	51
4.2.1.1. La ira	55
4.2.1.2 La ira, la hostilidad y la hipertensión arterial esencial	56
4.2.1.3 Ansiedad.....	57
4.2.1.4 La ansiedad y la hipertensión arterial esencial.....	59
4.2.1.5 Depresión	59
4.2.1.6. Tristeza/depresión y la hipertensión arterial esencial.....	61
4.3 Emociones positivas y salud física.....	61
5. Familia e hipertensión.....	62
5.1. La familia con pacientes hipertensos	62
5.2 Familia y enfermedad.....	63
Capítulo III. Hipótesis y Variables.....	66
A. Hipótesis de investigación.....	66
B. Hipótesis específicas	66
C. Definición de variables	67
D. Operacionalización de variables	67
Capítulo IV. Metodología	68
A. Tipo de estudio.....	68
B. Población y muestra.....	68
C. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	68

D. Procedimientos de recolección de datos.....	71
Capítulo V. Presentación y análisis de resultados.....	74
A. Representación gráfica.....	74
a) Datos sociodemográficos.....	74
b) Correlación entre las variables.....	80
c) Resultados de la entrevista.....	89
B. Análisis descriptivo.....	108
Capítulo VI. Conclusiones y Recomendaciones.....	117
Capítulo VII. Propuesta.....	121
Descripción del programa.....	122
Justificación.....	124
Objetivos del programa.....	125
Objetivo general.....	125
Objetivos específicos.....	125
Metodología del programa.....	126
a) Beneficiarios del programa.....	126
b) Método.....	126
c) Duración del programa.....	126
e) Recursos materiales.....	127
d) Evaluación del programa.....	127
Cartas didácticas.....	128
Sesión N° 1.....	128
Sesión N° 2.....	132
Sesión N° 3.....	137
Sesión N° 4.....	141
Sesión N° 5.....	145
Sesión N° 6.....	149
Sesión N° 7.....	154
Sesión N° 8.....	159
Sesión N° 9.....	163
Sesión N° 10.....	168
Sesión N° 11.....	172
Sesión N° 12.....	177

Anexos de la propuesta	179
Anexo 1: Psicoeducación de Hipertensión arterial	181
Anexo 2: Psicoeducación expresión de sentimientos.....	187
Anexo 3: Imágenes de sentimientos.....	189
Anexo 4: Dibujos para cortar a la mitad	194
Anexo 5: Psicoeducación del diálogo interno.....	196
Anexo 6: Hoja de trabajo del dialogo interno	199
Anexo 7: Autorregistro del dialogo interno (Diario de pensamientos).....	201
Anexo 8: Identificación de pensamiento.....	202
Anexo 9: Autorregistro de pensamientos positivos.....	203
Anexo 10: Psicoeducación de la ira	204
Anexo 11: Frases incompletas	208
Anexo 12: Cuento Las cicatrices de los clavos.....	209
Anexo 13: Registro de enojos en el lapso de una semana.....	210
Anexo 14: Evaluación de la sesión	211
Anexo 15: Teoría sobre estrés.....	212
Anexo 16: Autorregistro de prácticas de respiración profunda.....	216
Anexo 17: Imágenes de relajación y estrés	217
Anexo 18: Teoría sobre relajación y relajación muscular progresiva	218
Anexo 19: Autorregistro de relajación muscular progresiva	220
Anexo 20: Autorregistro de relajación muscular progresiva	221
Anexo 21: Psicoeducación de Ansiedad	222
Anexo 22: La paz perfecta	225
Anexo 23: Registro de la actividad diaria	226
Anexo 24: Psicoeducación estilos de educación.....	227
Anexo 25: Situación problema.....	232
Anexo 26: Registro estilo de comunicación.....	233
Anexo 28: Resolviendo problemas	236
Anexo 29: Autorregistro resolución de problemas	237
Anexo 30: Cuestionario de evaluación	238
Referencias bibliográficas.....	240
Anexos de la investigación.....	242

Resumen

La presente investigación estudia la relación entre los factores emocionales estrés, ira, ansiedad y depresión con la hipertensión arterial, para ello, se contó con una muestra de 50 sujetos de 45 a 65 años, de nivel académico básico, diagnosticados como hipertensos. Los instrumentos empleados fueron: el Cuestionario de Estrés ¿Cuánto estrés tengo?, el Staxi-2 y las Escalas de Ansiedad y Depresión de Beck, una guía de entrevista y de observación, así como el tensiómetro para registrar los niveles de presión arterial. Estadísticamente no se encontraron relaciones significativas entre estas variables por lo que se aceptó la hipótesis nula: “No existe correlación entre los factores emocionales y la hipertensión arterial esencial que presentan los pacientes de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar”. Sin embargo, al analizar individualmente los datos descriptivos, se encontró que un subgrupo de la muestra presenta puntuaciones altas en uno o más factores psicológicos como en su presión arterial, por lo tanto, se diseñó una propuesta de programa psicoterapéutico cuya finalidad es brindar una atención integral a las necesidades que presentan dichos sujetos.

Palabras claves: factores emocionales, estrés, ira, ansiedad, depresión, hipertensión arterial, análisis estadístico, análisis descriptivo.

Introducción

La presente investigación tiene como propósito demostrar que en los procesos de salud y enfermedad los factores emocionales tienen un papel principal, puesto que estos procesos, pese a la arraigada creencia del modelo médico tradicional, no son sólo respuestas físico químicas del organismo sino, más bien, la conjunción de una serie de causas psicosociales que se manifiestan en el bienestar o deterioro de salud de las personas, por lo tanto, se ha tomado a bien estudiar los factores emocionales presentes en los y las hipertensos e hipertensas esenciales, con el fin de diseñar un programa de intervención psicoterapéutica para incidir en ello, promoviendo así la atención multidisciplinaria de los padecimientos crónicos.

A continuación, se presentará una descripción detallada de los apartados que conforman el informe, así como del proceso general que se llevó a cabo para el desarrollo de la investigación. En el Capítulo I. Planteamiento del problema, se describe la situación actual de la problemática, se presenta la pregunta de investigación, así como los objetivos general y específicos que fungieron como la directriz del estudio, en el mismo apartado se encuentra la justificación en la cual se señalan las razones que sustentaron el desarrollo del estudio, su conveniencia y las implicaciones teórico prácticas del mismo, además se hacen las delimitaciones correspondientes sobre la investigación en términos espaciales, sociales y temporales, a la vez que se enuncian los alcances y limitaciones de ésta.

En el Capítulo II. Marco teórico, se presentan antecedentes de investigaciones relacionadas con el tema estudiado, así como toda la fundamentación teórica que sostiene el objeto de la investigación. Seguidamente se presenta el Capítulo III. Hipótesis y variables, en el cual se expresan las hipótesis de investigación, así como sus definiciones conceptuales, operacionales y sus respectivos indicadores.

Así también, en el Capítulo IV. Metodología, se especifica el tipo de estudio y la técnica empleada para la selección de la muestra, así como una descripción de las técnicas e instrumentos que se aplicaron con los participantes para la recolección de datos y

elaboración del diagnóstico, así mismo, se describe detalladamente el procedimiento ejecutado para el desarrollo de la investigación.

El Capítulo V. Presentación y análisis de resultados, muestra precisamente los datos más importantes obtenidos en la investigación, estos han sido presentados en dos partes a) Representación gráfica, de los datos sociodemográficos de los sujetos evaluados y de los resultados de la entrevista, seguidos del análisis estadístico de las correlaciones entre las variables estudiadas y b) Análisis descriptivo de los datos.

Al término del apartado anterior, se presenta el Capítulo VI. Conclusiones y recomendaciones, en el cual se plantean las conclusiones que permiten los resultados, tratando de responder a la pregunta de investigación y de retomar aquellos datos que eran inesperados, así mismo y, partiendo de los resultados se presentan recomendaciones que pueden contribuir a un mejoramiento del proceso investigativo en el campo de psicología de la salud, así como estrategias a implementar por las instituciones de salud y del personal de salud mental.

Cerca del final de este informe, pero no menos importante, se presenta el Capítulo VII. Propuesta, en donde se plantea una propuesta de programa psicoterapéutico denominado: “Liberando presiones” en esta sección se describen las áreas a intervenir y la estructura de las sesiones a realizar, además se exponen los argumentos que justifican su implementación, así como los objetivos que han de guiar el proceso. Se describen además los beneficios para los participantes y demás instituciones, el método y modelo empleado para ejecutar esta propuesta de programa, su duración, los recursos humanos y materiales a emplear, así como las estrategias de evaluación de los resultados, dando paso a la presentación de las cartas didácticas de cada una de las sesiones de esta propuesta.

Finalmente se presentan las referencias bibliográficas y los anexos en dos secciones; en primer lugar, aquellos referidos a la propuesta de programa psicoterapéutico y en segundo lugar todos aquellos mencionados en el cuerpo del trabajo.

Capítulo I. Planteamiento del Problema

A. Situación actual

La hipertensión ha adquirido una sobre dimensión en los motivos de consulta que son atendidos en los centros de salud a nivel nacional, convirtiéndose en una de las dolencias crónicas no transmisibles que más ataca a la población, aunque de manera silenciosa, puesto que suele ser asintomática, pero es posible identificar algunos síntomas como: la cefalea; dificultad respiratoria; mareos; dolor torácico; palpitaciones o hemorragia nasal.

El abordaje médico intenta controlarla a través del uso de antihipertensivos pues, al no ser controlada puede convertirse además en un factor de alto riesgo para el desarrollo de afecciones cardiovasculares, cerebrovasculares e insuficiencia renal que pueden conducir a las personas a un grave deterioro de su estado de salud y, en los casos más dramáticos, a la muerte. El tratamiento exclusivamente farmacológico o medicamentoso de este padecimiento deja de lado el abordaje del componente psicológico inherente a toda persona y por tanto es necesario el desarrollo de acciones psicoterapéuticas para contribuir a un abordaje que identifique los factores emocionales que inciden en su apareamiento y desarrollo y con ello poder actuar sobre la prevención, tratamiento y seguimiento de la hipertensión.

Sobre todo cuando la misma investigación médica sobre la epidemiología de la hipertensión en cuanto a su etiología, clasifica al 95 por ciento de los casos dentro de la hipertensión esencial o primaria, la cual se caracteriza por no presentar un antecedente biológico, no hay una disfunción o problema en ningún órgano o sistema del individuo que cause y justifique las elevaciones en su presión arterial, más bien, su génesis se encuentra en la conjunción de factores biopsicosociales que generan una alteración psicofisiológica que le desequilibra y produce las elevaciones en su presión arterial.

B. Enunciado del problema

¿Existirá relación entre los factores emocionales y la hipertensión arterial esencial que presentan los pacientes de 45 a 65 años de edad de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar?

C. Objetivos de la investigación

Objetivo General

- Establecer la correlación de los factores emocionales con la hipertensión arterial esencial en pacientes de 45 a 65 años que son atendidos en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de los municipios de Ayutuxtepeque y Ctón. Zacamil del municipio de Mejicanos del Depto. de San Salvador durante los años 2016 y 2017.

Objetivos Específicos

- Determinar el tipo de correlación existente entre el factor emocional estrés con el nivel de hipertensión arterial esencial que presentan los pacientes.
- Determinar el tipo de correlación existente entre el factor emocional ira con el nivel de hipertensión arterial esencial que presentan los pacientes.
- Determinar el tipo de correlación existente entre el factor emocional ansiedad con el nivel de hipertensión arterial esencial que presentan los pacientes.
- Determinar el tipo de correlación existente entre el factor emocional depresión con el nivel de hipertensión arterial esencial que presentan los pacientes.
- Diseñar una propuesta psicoterapéutica orientada a incidir en los niveles de hipertensión arterial que presentan las personas a través de diversas estrategias psicológicas.

D. Justificación

En los últimos años el índice de diagnósticos médicos sobre hipertensión arterial se ha incrementado a gran escala, de acuerdo a informes del Ministerio de Salud hasta el 2013 se estimaba una cifra de un millón 200 mil casos diagnosticados de hipertensión arterial, la etiología de este diagnóstico indica la existencia de dos subtipos: la hipertensión primaria o esencial que es padecida por el 95% de las personas y no tiene un origen orgánico y, la hipertensión secundaria asociada a una causa orgánica específica. Estos diagnósticos tienen una serie de factores multicausales, entre los cuales, los primeros a considerar son aquellos relacionados a factores biológicos, como la herencia, así como los padecimientos crónicos preexistentes, y, en segundo lugar, los referidos a los estilos de vida poco saludables que mantienen las personas.

Dicho padecimiento tradicionalmente ha sido abordado de manera exclusiva desde el enfoque médico, en el cual la principal estrategia de acción por no decir la única, es la medicalización de las personas, dejando de lado el componente psicológico presente en cada individuo y que también es un recurso útil al momento de proteger su salud, sin embargo, cada vez toma más fuerza la idea de que hay una relación entre los estados psicológicos y la salud de las personas, ya que en el origen y mantenimiento de estas afecciones, no sólo intervienen agentes biológicos sino experienciales y emocionales, estos últimos juegan un papel muy significativo en la percepción de vulnerabilidad de las personas ante la enfermedad al momento de su diagnóstico y durante el curso de las mismas, por lo tanto, la falta de habilidades para manejar emociones negativas y situaciones estresantes de la cotidianidad indefectiblemente tendrán repercusiones en el bienestar o deterioro físico de estas.

Desde esta perspectiva el interés de la psicología es lograr una mayor comprensión teórico práctica de la salud con una visión diferente al modelo médico tradicional, proponiendo así un enfoque integral de la salud que abre nuevas posibilidades en el abordaje de estos casos, con el diseño de un programa psicoterapéutico orientado a reducir los niveles de presión arterial a través de diversas técnicas psicológicas que posibiliten la autorregulación de los pacientes. Entre los principales beneficiarios de esta propuesta se encuentra el personal médico y psicológico que labora en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar, a quienes

se les facilitará una estrategia de evaluación e intervención de las personas que sufren de este padecimiento.

Además este estudio beneficia a estudiantes y profesionales de la psicología de la salud que pueden retomar e implementar este estudio y propuesta de programa en futuras investigaciones, así como en sus intervenciones terapéuticas, de igual forma se beneficia directamente a las personas diagnosticadas con quienes se ejecute el programa puesto que a través de los recursos psicológicos podrán controlar y mejorar sus síntomas físicos, siendo capaces de advertir y resolver de manera más efectiva los eventos, situaciones, emociones y hábitos personales que tienden a generar en ellos elevados niveles de presión arterial.

Además de contribuir de manera directa al mejoramiento de la salud física y psicológica de las personas, este estudio realza las funciones de los y las psicólogos y psicólogas de la salud en este ámbito, precisamente a través de la demostración de que las estrategias psicológicas son una herramienta tanto en la prevención como en el tratamiento de estas afecciones, dejando así en evidencia la necesidad de prestar no sólo atención médica sino psicológica y emocional a las personas que acuden a los diversos centros de salud a nivel nacional.

E. Delimitación

- ❖ **Espacial:** el estudio se llevó a cabo en los municipios de Ayutuxtepeque y cantón Zacamil del municipio de Mejicanos, departamento de San Salvador.
- ❖ **Social:** los participantes que constituyeron la muestra en su mayoría pertenecen a la clase social baja, las edades oscilan entre los 45 a 65 años y han sido diagnosticados con hipertensión primaria o esencial.
- ❖ **Temporal:** el estudio se realizó durante los años 2016 y 2017.

F. Alcances

- ❖ El estudio apoya el desarrollo y de un enfoque integral de la salud en el cual tomen mayor relevancia y participación los psicólogos y psicólogas a través de los aportes que esta ciencia puede brindar tanto en la prevención como en el tratamiento de estas afecciones.

- ❖ A partir de los resultados obtenidos en las entrevistas se diseñó un programa de intervención psicológica que contempla áreas y factores emocionales que inciden en el surgimiento y mantenimiento de la hipertensión, las cuales al ser abordadas contribuirán a la autorregulación de los pacientes y por ende a reducir los niveles de presión arterial en las personas.
- ❖ La investigación pretende además ser un referente teórico y metodológico, proporcionando una propuesta de programa psicoterapéutico que puede ser aplicado en futuras investigaciones tal cual ha sido diseñado, o bien, adaptado de acuerdo a las características de los participantes con quienes se lleve a cabo.

E. Limitaciones

- ❖ La prolongación del período de tiempo establecido para la aplicación de las pruebas psicológicas, puesto que se presentaron dificultades al momento de seleccionar la muestra y completar el número de la misma, ya que no todos los pacientes hipertensos cumplían con los criterios de inclusión de la investigación, demorando así el paso a las siguientes fases del estudio.
- ❖ Una de las mayores limitaciones del proceso investigativo fue la falta de un espacio físico exclusivo para el desarrollo del abordaje psicológico de los sujetos, debido a la ausencia de este espacio, se realizaron las entrevistas y la aplicación de pruebas de manera individual entre los pasillos de las unidades, por lo que en las primeras intervenciones se vio dificultada la apertura de las personas ya que no había mucha privacidad.
- ❖ Generalmente el abordaje psicológico se realizaba cuando los participantes ya habían recibido su consulta médica y nutricional, sin embargo, algunas veces los pacientes fueron remitidos de las áreas de selección y clínica mientras esperaban a ser atendidos, razón que les hacía desviar su atención por algunos instantes al estar pendientes de ser llamados a su consulta médica, con aquellos que debían pasar a estas consultas se pausaba el proceso y se continuaba hasta que salieran de la misma.

Capítulo II. Marco Teórico

1. Antecedentes

Con cierta frecuencia los médicos se encuentran en las consultas a pacientes hipertensos que señalan que su hipertensión es emotiva, pues reconocen que generalmente los incrementos en su presión arterial se asocian a situaciones estresantes aun cuando se encuentran bajo tratamiento con fármacos hipotensores.

Desde los años 70 con los trabajos de Jenkins (1971 y 1976) se sugirió la existencia de cuatro conjuntos de factores relacionados con las enfermedades coronarias: la desventaja socioeconómica, los trastornos emocionales prolongados, la pauta de conducta tipo A y la sobrecarga, los cuales poseen en común las exigencias psicológicas excesivas.

Harburg E, Erfurt JC, Hauenstein LS, Chape C, Schull WJ y Schork MA (1973), describieron que aquellos sujetos que vivían en áreas urbanas muy estresantes, definidas por su alta densidad de población, estado socioeconómico bajo, alta morbilidad y altas tasas de separación matrimonial, mostraban una presión arterial más elevada que aquellos que habitaban en zonas de bajo estrés. Por su parte, Andren L. y Asno L. encontraron una relación entre el ruido industrial como elemento estresante y elevaciones agudas de la PA y de la resistencia periférica.

Según Julios y Jonson (1985), los individuos hipertensos responden a agentes estresantes estándar de laboratorio (exposición a emociones experimentales inducidas de miedo y enfado, entrevistas enfocadas sobre conflicto personal y tareas cognitivas frustrantes), con mayores elevaciones tensionales y de frecuencia cardíaca que los normotensos, mayor también en individuos con historia familiar de hipertensión.

Miguel-Tobal, y colaboradores, (1994) realizaron una investigación en la que adopta una perspectiva multicausal en la explicación de la génesis y mantenimiento de la hipertensión arterial, prestando especial atención a las variables emocionales como factores de riesgo. Con el fin de presentar un *programa cognitivo-conductual para el control de la hipertensión* en el que combinaron distintas técnicas terapéuticas: sesiones informativas, entrenamiento en relajación muscular progresiva, técnicas de respiración, solución de problemas y técnicas de autocontrol para el cambio de hábitos de vida. Los resultados han mostrado cambios en un

buen número de las variables psicológicas tratadas (*ansiedad, ira, solución de problemas*, etc.), así como fuertes reducciones en los niveles de presión arterial.

Existe un creciente auge en la investigación que trata de establecer la posibilidad de modificar los distintos factores de riesgo, mediante técnicas de intervención psicológica. Estas investigaciones demuestran que la psicología puede ser utilizada como instrumento eficaz para modificar los distintos factores de riesgo. Lefebvre (1987) Puede, en primer lugar, aportar un eficaz apoyo para abordar estos problemas, diseñando intervenciones conductuales que ayuden al paciente a superar las dificultades prácticas que entrañan, tanto la observancia del tratamiento farmacológico, como las restantes indicaciones. En segundo lugar, intervenir en aquellas variables de índole psicológica relacionadas con el desarrollo y mantenimiento de la hipertensión.

Tras la aplicación del programa se obtienen cambios relevantes en la dirección esperada en las distintas dimensiones analizadas: solución de problemas, ansiedad, ira y presión arterial. Llegan a ser estadísticamente significativos los cambios encontrados en las siguientes variables: El aumento de la "confianza en sí mismo" a la hora de resolver problemas.

El descenso de la ansiedad, tanto en el rasgo general de ansiedad y en dos de los tres sistemas de respuesta (Cognitivo y Fisiológico), como en dos de las cuatro áreas situacionales (Ansiedad de evaluación y Ansiedad fóbica). El descenso de la ira hacia dentro o ira interna, que mide la frecuencia con la que los sentimientos de ira son refrenados o suprimidos. Este descenso tiene especial relevancia ya que, como se ha reflejado anteriormente, los sujetos hipertensos presentan puntuaciones significativamente más altas que los sujetos de la población general, es decir los sujetos hipertensos tienden a refrenar sus sentimientos de ira con mayor frecuencia que los sujetos normales.

En cuanto a la presión arterial se registran descensos muy importantes y significativos tanto en la presión sistólica (de 151 a 132 mm Hg) como en la diastólica (de 94 a 81 mm Hg). Estos cambios además de una alta significación estadística poseen una gran significación clínica, ya que los descensos conseguidos han dado lugar a que los pacientes hipertensos se sitúen en valores de presión arterial normotensos. Los pacientes que realizaron el programa

ya estaban tomando medicación para el control de la hipertensión antes del inicio del mismo, pudieron afirmar que las reducciones obtenidas son efectos que no pueden atribuirse a la medicación.

Samper (1999), realizó un estudio con doble objetivo, el primero de carácter teórico por su relación con el análisis de las diversas variables asociadas con la hipertensión arterial esencial y el segundo más práctico ya que se propuso comparar dos programas de prevención secundaria para el manejo de la hipertensión arterial esencial en dos grupos de pacientes hipertensos medicados con fármacos antihipertensivos; ambos programas incluyeron información general sobre HTA. Uno de los programas hizo énfasis en los factores médicos (nutrición y ejercicio físico) y el otro en factores psicológicos (*Ira y estrés*), en dicha investigación se utilizó un diseño cuasi experimental de series cronológicas para grupos apareados, con una muestra de 60 pacientes de ambos sexos, con un diagnóstico único de HTA y medicados para su control, con edades comprendidas entre 35 y 65 años, pertenecientes a un estrato socio económico medio y medio bajo, con un nivel educativo de al menos quinto grado de primaria y no haber asistido previamente a un programa para hipertensos.

Se encontró que en ambos grupos disminuyeron los niveles de Hipertensión arterial, el efecto de intervención con el grupo I con énfasis en dieta y ejercicio no se mantuvieron hasta el final del seguimiento, mientras la intervención con el grupo II con énfasis en manejo de *estrés y de la ira* perduró en el tiempo. Se observaron diferencias clínicas en los dos grupos de comparación de 4 a 5 unidades de mmHg, que clínicamente pueden marcar la diferencia entre hipertensión arterial y normotensión. De esta manera, en el grupo sometido a la intervención con énfasis en manejo de *estrés e ira*, 20 sujetos (66.66%) pasaron a tener una presión sistólica normal y 25 (83.33%) una presión diastólica normal, mientras que, en el grupo de la intervención con énfasis en dieta y ejercicio, solo 12 sujetos (40%) alcanzaron una presión sistólica normal y 14 (46.66%) presión diastólica normal.

Castro D. y González F. (2002), realizaron un estudio con el objetivo de caracterizar el *estrés* en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial esencial. Se estudiaron 40 personas y se constató la presencia de *estrés* en la totalidad de ellas, mientras en el 75 % se destacaron altos niveles de vulnerabilidad al estrés relacionados con su estilo de vida (Castro

D., González F. Caracterización de la respuesta de estrés en pacientes con hipertensión arterial esencial. Publicado en el CD del III Simposio Internacional Psicología y de Desarrollo Humano. Santa Clara, 2002).

En otro estudio, García y Molerio (2003) compararon el funcionamiento emocional de 25 pacientes hipertensos y 25 normotensos, y constataron niveles de vulnerabilidad al estrés y extrema vulnerabilidad en el 84 % de los pacientes hipertensos. Además, apreciaron un predominio de moderada distimia depresiva, niveles de ansiedad, rasgo y estado que oscilan entre medios y altos, así como altos niveles en el control de la ira, que los distinguían significativamente de los sujetos normotensos. También *González T, Deschappelles E y Rodríguez V*, en una investigación realizada en Cuba con 52 hipertensos, encontraron altos niveles de ira como respuesta emocional de los hipertensos a las situaciones estresantes.

Espinosa, R., García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2012), realizaron una investigación sobre los *factores psicosociales implicados en el control de la hipertensión arterial*, determinando que entre los factores psicosociales implicados se encuentran: *el estrés*, cuya vía final común de este y sus respuestas asociadas (emociones negativas como la ansiedad, ira y depresión) es el sistema nervioso simpático (SNS). La experiencia de estrés supone una sobreactivación del SNS y del eje hipotalámico pituitario adrenal, provocándose la liberación de catecolaminas y de glucocorticoides (cortisol) y, por tanto, provocando un aumento de la presión arterial (PA).

Parece que es posible que se produzcan pequeñas modificaciones funcionales que dan lugar a la aparición y al mantenimiento de la PA elevada, cuando la gente es expuesta a estrés crónico o varios estresores, no solo experimentar estrés es suficiente para afectar a los niveles de la PA, sino que la respuesta asociada al estrés también es importante. Así, pues, el comportamiento de las personas y su grado de activación ante diferentes situaciones provocan incrementos en la PA que en función de variables individuales y de predisposición, podrían prolongarse en el tiempo desencadenando una HTA-E.

En la revisión de 15 estudios prospectivos realizados por Rutledge y Hogan que han sido retomados en este estudio, la mayoría de estos encuentran que *la ira* en alguno de sus componentes o constructos (por ejemplo, ira rasgo, control de ira, expresión de ira, ira hostil,

etc.) desempeña un papel importante en la elevación de los niveles de PA. En cuanto a *la ansiedad*, estudios transversales y longitudinales han hallado que los pacientes con HTA presentaban mayores puntuaciones en ansiedad que personas con niveles de PA normales.

De siete estudios prospectivos revisados y que examinaban la influencia de la ansiedad en personas normotensas y relativamente saludables cinco encontraron que los individuos ansiosos tuvieron significativamente más probabilidad de desarrollar HTA o incrementaron significativamente sus niveles de PA. Sobre *la depresión*, aunque en la actualidad esta relación no está clara, los datos sugieren que probablemente el estado afectivo de una persona medie junto con los factores psicosociales (apoyo social, sedentarismo, consumo de sustancias) en los niveles de PA. Muchos estudios sí sugieren que la depresión correlaciona con la HTA por lo que, a la luz de estos resultados, esta cuestión debería continuar abierta.

Espinosa, R., García-Vera, M. P., Magán, I. y Sanz, J. (2013), *Perfil emocional y cognitivo de la hipertensión arterial esencial mantenida frente a la normotensión* llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo ha sido analizar el perfil psicológico de la hipertensión arterial esencial (HTA-E) respecto a los siguientes constructos emocionales: ira rasgo, expresión y control de la ira, ansiedad, depresión y estrés, incluyéndose como novedad el análisis de los pensamientos automáticos y actitudes disfuncionales relacionadas con la ira-hostilidad. Para ello se comparó un grupo de 57 adultos con HTA-E mantenida con un grupo de 37 adultos con normotensión en diferentes medidas psicométricas de dichos constructos emocionales y cognitivos.

Los resultados sugieren que las personas con HTA-E, en comparación a las normotensas, muestran niveles significativamente más elevados de ansiedad y de pensamientos de afrontamiento de la ira-hostilidad, así como una tendencia casi significativa a una mayor frecuencia de pensamientos hostiles y físicamente agresivos. Se discuten las implicaciones de estos hallazgos para los modelos psicológicos de la HTA-E y para el diseño o mejora de las intervenciones psicológicas en HTA-E.

2. Aproximación histórica a los conceptos de salud y enfermedad

El nacimiento de la psicología de la salud habría que situarlo en un contexto donde, a pesar de los espectaculares avances que se han vivido dentro del campo de la medicina y la

farmacoterapia, se ha puesto de relieve que la salud y el tratamiento de la enfermedad no son sólo cuestión de una tecnología que ponga a punto todos y cada uno de los sistemas biológicos. La salud depende de las condiciones biológicas y socioambientales del sujeto, pero también de su comportamiento. En este sentido, las prácticas individuales y culturales que se adoptan para potenciar ese estado de bienestar físico y psíquico que es la salud están íntimamente relacionadas con el modo de entenderla y explicarla. En esta línea, una breve aproximación histórica a las concepciones de la relación mente-cuerpo, nos abre el camino para comprender la propuesta de la psicología de la salud.

2.1 El dualismo mente-cuerpo

El problema de la dualidad mente-cuerpo, que tiene enormes implicaciones en el tema de la salud y de la enfermedad, ha sido objeto de diferentes conceptualizaciones a lo largo de la historia y en las diferentes culturas. En la antigua Grecia, se consideraba que la mente y el cuerpo estaban esencialmente unidos, de tal manera que se influían mutuamente. Hipócrates es, probablemente, el mejor representante de esa tradición. La salud era la resultante de un estado de armonía del individuo consigo mismo y con el exterior, mientras que la enfermedad devenía de la ruptura de ese equilibrio por causas naturales. Ahora bien, dentro de las causas naturales se incluían tanto las de naturaleza biológica como las relativas al comportamiento del individuo y su «personalidad».

Mientras tanto, en China, también se desarrollaba una concepción naturalista de la salud y de la enfermedad. Esta aproximación evolucionó de un modo independiente a las nociones desarrolladas en el mundo occidental, aunque también entendía la enfermedad como un fenómeno natural. El concepto clave para entender la noción de enfermedad sería balance de fuerzas. La enfermedad aparecería cuando se rompiese el balance de esas fuerzas opuestas, por ejemplo, cuando el cuerpo sufre mucho calor o mucho frío, o cuando se sufre un acontecimiento emocional o se produce un desequilibrio en la dieta. Desde esta perspectiva, mente y cuerpo están indisolublemente unidos y la salud física se ve decisivamente influida por las emociones y conductas de las personas. Esta visión sigue vigente aún hoy en día en la medicina china actual (Pachuta, 1989).

Durante la Alta y Baja Edad Media se fue produciendo un cambio en esta concepción naturalista, especialmente dentro del mundo occidental. Cada vez adquiría más prestigio el

enfoque espiritualista de la enfermedad debido, entre otras razones, a que la práctica médica fue quedando bajo los auspicios de la Iglesia Católica. La influencia fue tal que, en el año 1139, el Papa dictó una norma por la que prohibía a los sacerdotes dispensar medicina, con objeto de que se dedicaran más intensamente a las prácticas propias de su ministerio (Shelton, Anastopoulos y Elliot, 1991). La enfermedad se pasó a ver entonces como el resultado de la violación de una ley divina. La curación era vista, al menos en parte, como resultado de la fe y arrepentimiento del pecado.

Será durante el Renacimiento cuando tenga lugar el hecho que cambió la historia de la medicina y posibilitó la aparición, consolidación y absoluta primacía del modelo biomédico» (Gil Roales-Nieto, 1996, p. 30).

Efectivamente, el modelo biomédico tenía su fundamento doctrinal en el dualismo mente-cuerpo y la teoría que quizá mejor la representó fue la de René Descartes (1596-1656). Descartes planteaba, que lo físico y lo espiritual son dos realidades separadas; mientras que el cuerpo pertenecería a la realidad física, la mente sería una realidad espiritual. De acuerdo con esta visión, el cuerpo sería como una máquina que podría ser analizada en términos de sus partes constituyentes y entendidos así en términos mecánicos. La enfermedad sería, entonces, el resultado del fallo de algún elemento de la máquina y, al igual que haría un mecánico, el trabajo del médico sería el de diagnosticar dicho fallo y reparar la maquinaria.

Desde esta perspectiva, la salud y la enfermedad pasan a ser vistas como una cuestión meramente bioquímica, omitiéndose la importancia de los factores sociales o psicológicos. Este planteamiento dualista, que con el tiempo ha llegado a ser dogma oficial de la naturaleza humana (Ryle, 1949), fue admitido muy prontamente por la Iglesia Católica, ya que el avance científico dejaba de ser un peligro para sus dogmas. El espíritu y la mente pasaban a ser entendidas como algo inmaterial, no sujeto a las leyes del mundo físico a las que estaba sometido el cuerpo. No obstante, se debe subrayar que esta aproximación mecánico-analítica de la enfermedad derivada del posicionamiento dualista ha reportado grandes beneficios a la humanidad.

2.2 El modelo biomédico

El modelo biomédico descansa sobre dos supuestos básicos (Engel, 1977). El primero de ellos es la doctrina del dualismo mente-cuerpo, en virtud de la cual se entiende que el cuerpo es una entidad física y la mente forma parte del dominio espiritual.

El segundo principio es el del reduccionismo. Se asume que todo el proceso de la enfermedad se limita a una cuestión de reacciones físicas y químicas. Un cáncer, por ejemplo, es visto como un fenómeno de naturaleza física en el cual la proliferación incontrolada de células, fruto de una mutación genética, acabará dañando otros órganos y tejidos del organismo, mientras que la reacción emocional de la persona a esa enfermedad, así como otros elementos que pueden ser importantes en su evolución son, generalmente, dejados de lado. En definitiva, se aborda la enfermedad atendiendo a sus aspectos físicos, se trata un cáncer o un infarto de miocardio y no se presta atención al hecho de que detrás de ellos hay una persona cuya respuesta (personal, familiar, etcétera) a ese nuevo estado va a influir en el curso de la patología.

Aunque este modo de entender la enfermedad ha dado lugar a grandes éxitos médicos, Engel (1977) ha puesto de manifiesto algunas de las insuficiencias que esta perspectiva médica presenta a la hora de dar cuenta del proceso salud-enfermedad. En primer lugar, desde el modelo biomédico, el criterio fundamental para el diagnóstico de la enfermedad es la presencia de anomalías bioquímicas. Esto ignora el hecho documentado de que esas alteraciones bioquímicas son condiciones necesarias, pero no condiciones suficientes para el establecimiento del diagnóstico.

En segundo lugar, el diagnóstico del estado físico depende también, en gran medida, de la información que proporciona el paciente. Aunque el examen físico y las pruebas de laboratorio son decisivos para identificar la enfermedad, el diagnóstico descansa, además, sobre lo que el paciente es capaz de comunicar al profesional de la salud. Por lo tanto, la exactitud en el diagnóstico también depende, en cierta medida, de la habilidad del médico en la entrevista terapéutica y su capacidad para comprender los determinantes psicológicos, sociales y culturales de los síntomas presentados por el paciente.

En tercer lugar, la aproximación biomédica a la enfermedad, concentrada en el estudio de la problemática fisiológica ignora la influencia de determinadas situaciones vitales en la salud de las personas. La enfermedad no sólo está mediada por la susceptibilidad biológica del organismo, sino que también son decisivos en ella los eventos vitales estresantes que una persona sufre a lo largo de su vida.

En cuarto lugar, los factores psicológicos y sociales son fundamentales a la hora de determinar cuándo una persona y aquellos que le rodean, llegan a verla como enferma. Puesto que esta etiqueta suele ser la razón última a la hora de tomar la decisión de buscar ayuda médica. En quinto lugar, el modelo biomédico también puede fracasar a la hora de determinar la recuperación de la salud después de la enfermedad. Se sobreentiende, en muchos casos, que la enfermedad finaliza cuando se han corregido las alteraciones fisiológicas. Sin embargo, no siempre ocurre así, en muchos casos las consecuencias sociales pueden mantener las quejas del paciente.

Finalmente, Engels también señala el hecho poco reconocido de que el resultado del tratamiento también se verá influido decisivamente por la relación médico-paciente. Si bien desde la perspectiva biomédica el énfasis se pone en el uso de medicamentos u otras tecnologías, la interacción con el médico puede ser decisiva, puesto que de ella depende, en gran medida, la cooperación del paciente. Además, las reacciones a la conducta del médico pueden traducirse en cambios psicofisiológicos que alteran el curso de la enfermedad.

2.3 El modelo biopsicosocial

El modelo biopsicosocial sostiene que es el conjunto de los factores biológicos, psicológicos y sociales el determinante de la salud y de la enfermedad. De este modo, tanto los que podrían clasificarse de macroprocesos (apoyo social, trastornos de salud mental, etc.) como los microprocesos (alteraciones bioquímicas) interactúan en el proceso salud-enfermedad. Lo cual implica que la salud y la enfermedad tienen una causación múltiple y que múltiples, también, son sus efectos.

El modelo biopsicosocial, además, pone en el mismo ámbito de su interés la salud y la enfermedad (frente al modelo biomédico que se ocupa fundamentalmente de la enfermedad) y sostiene que la salud es algo que se alcanza cuando el individuo tiene cubiertas sus

necesidades biológicas, psicológicas y sociales y no como algo que le es concedido como un don.

En el ámbito de la investigación, el modelo sostiene que, para comprender los resultados en el dominio de la salud y la enfermedad, se deben tener en cuenta todos los procesos implicados y se deben tratar de medir los tres tipos de variables antes mencionadas. Si ello no se hace así y el investigador atribuye a un tipo particular de variables el protagonismo principal, se deberá sobrentender que los otros tipos de variables son condiciones necesarias para que tenga lugar el proceso.

Para comprender el proceso de interacción de las variables biológicas, psicológicas y sociales, los investigadores, en general, han adoptado la teoría de sistemas, según estas todos los niveles de organización en cualquier ente están relacionados entre sí jerárquicamente y los cambios en cualquier nivel afectan a todos los demás, Por lo tanto, la salud, la enfermedad y la atención médica serían todas un conjunto de procesos interrelacionados que provocan cambios en el organismo y estos, a su vez, sobre los otros niveles.

El modelo biopsicosocial conlleva, como es natural, distintas implicaciones clínicas. En primer lugar, se sostiene que el proceso de diagnóstico debería considerar siempre el papel interactivo de los factores biológicos, psicológicos y sociales a la hora de evaluar la salud o enfermedad de un individuo. Por lo tanto, el mejor diagnóstico es el que se hace desde una perspectiva multidisciplinar.

Por otra parte, el modelo también sostiene que las recomendaciones para el tratamiento deben tener en cuenta los tres tipos de variables antes mencionadas. Se trata, en definitiva, de ajustar la terapia a las necesidades particulares de cada persona, considerando su estado de salud en conjunto y haciendo aquellas recomendaciones de tratamiento que sirvan para abordar el conjunto de problemas que esa persona plantea.

En tercer lugar, el modelo biopsicosocial destaca explícitamente la importancia de la relación entre el paciente y el clínico. En este modelo en definitiva se insiste en la necesidad de que el médico debe comprender además de los factores biológicos, los factores psicológicos y sociales que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de la enfermedad con el objeto de abordarla adecuadamente.

2.4 El nacimiento de la psicología de la salud

En un contexto interesado por un modelo holístico de salud, surge el nacimiento formal de la psicología de la salud (Ballester, 1998), coincidiendo ello, además, con la propuesta formulada a finales de los sesenta, de considerar la psicología como una profesión sanitaria, al reconocerse que la conducta del ser humano puede ser crucial tanto en el mantenimiento de la salud como en el origen y evolución de la enfermedad.

Básicamente, son tres las razones que se suelen plantear como causas particulares de la emergencia de la psicología de la salud. En primer lugar, desde mediados del siglo XX asistimos a un cambio en la preocupación sanitaria que se ha desplazado, en una medida importante, desde las enfermedades infecciosas (que hoy se encuentran, en general, bastante bien controladas a través de los antibióticos) a los trastornos de carácter crónico de etiología pluricausal que están ligados al estilo de vida propio de las sociedades industrializadas.

El incremento de estas «nuevas» enfermedades (como el cáncer o los problemas cardiovasculares) es, en definitiva, producto de comportamientos y hábitos poco saludables o insanos, que, actuando sinérgicamente, facilitan la aparición de enfermedad. En segundo lugar, este tipo de enfermedades crónicas, con las cuales el paciente tiene que convivir durante muchos años, suelen conllevar una serie de cambios importantes en su estilo y calidad de vida (por ejemplo, mantener una buena adhesión a los tratamientos crónicos) a los que las personas deben adaptarse.

Finalmente, el modelo médico de la enfermedad, como ya se ha señalado, entiende la enfermedad en términos de un desorden biológico o desajustes químicos y, en definitiva, asume el dualismo mente-cuerpo. Esta perspectiva es insuficiente, tanto para entender como para tratar los problemas de salud crónicos que han emergido con fuerza a lo largo del siglo XX.

Por estas razones y en pleno desarrollo de esta perspectiva emergente de los problemas de salud, la Asociación Americana de Psicología (APA) creó, en 1978, como una más de sus divisiones, la Health Psychology (división de psicología de la salud) que, al año siguiente, en 1979, publica su primer manual Health Psychology. A Handbook (Stone, Cohen y Adler,

1979). En 1982 también aparece la revista de esta división de la APA con el título Health Psychology.

Las atribuciones de esta disciplina y sus áreas de trabajo quedan descritas en la vigente, y ampliamente aceptada, definición de Matarazzo (1980, p. 815):

La psicología de la salud es la suma de las contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud.

En esta formulación de Matarazzo se recogen las cuatro líneas de trabajo fundamentales del psicólogo de la salud.

- ✓ En primer lugar, se destaca la promoción y el mantenimiento de la salud, que incluiría todo el ámbito de las campañas destinadas a promover hábitos saludables, como, por ejemplo, el de una dieta adecuada.
- ✓ La segunda línea de trabajo la constituye la prevención y el tratamiento de la enfermedad. La psicología de la salud enfatiza la necesidad de modificar los hábitos insanos con objeto de prevenir la enfermedad, sin olvidar que se puede trabajar con aquellos pacientes que sufren enfermedades en las cuales tienen gran importancia ciertos factores conductuales, además de enseñar a la gente que ya ha enfermado a adaptarse con más éxito a su nueva situación o aprender a seguir los regímenes de tratamiento.
- ✓ En tercer lugar, la psicología de la salud también se centra en el estudio de la etiología y correlatos de la salud, enfermedad y las disfunciones. En este contexto la etiología hace referencia al estudio de las causas (conductuales y sociales) de la salud y enfermedad. Dentro de las mismas se incluirían hábitos tan referidos como el consumo de alcohol, el tabaco, el ejercicio físico o el modo de enfrentarse a las situaciones de estrés.
- ✓ Finalmente, también se atribuye como competencia de la psicología de la salud el estudio del sistema sanitario y la formulación de una política de la salud. En definitiva, se trataría de analizar el impacto de las instituciones sanitarias y de los profesionales de la salud sobre el comportamiento de la población y desarrollar recomendaciones para mejorar el cuidado de la salud.

3. Hipertensión arterial

3.1 Definición

Molina Díaz (2006) define la hipertensión arterial (HTA) como la elevación mantenida de la presión arterial (PA) por encima de los límites normales. Los vasos sanguíneos llevan la sangre desde el corazón a todo el organismo. Cada vez que el corazón late, bombea sangre a los vasos. La tensión arterial es producto de la fuerza con que la sangre presiona contra las paredes de los vasos sanguíneos (arterias) a medida que es bombeada por el corazón.

Las medidas de la presión sanguínea suelen expresarse mediante dos cifras. La primera presenta la presión sistólica (la más alta), presión generada por la contracción del corazón, la segunda representa la presión diastólica (la más baja), o presión obtenida entre dos contracciones, reflejando la elasticidad de las paredes vasculares. Ambas cifras se obtienen determinando la altura a la cual se eleva una columna de mercurio (Hg) en milímetros (mm). La presión sanguínea puede elevarse a través de diversos mecanismos. Cierta elevación de dicha presión resulta normal e incluso es de carácter adaptativo.

Tanto el Séptimo Informe del Joint National Committee (JNCVII) de 2003 como el Informe de la OMS del mismo año consideran como límites de la normalidad una PA Sistólica (PAS) de 140 mmHg o superior y/o una PA diastólica (PAD) de 90 mmHg o superior, en personas no tratadas con fármacos antihipertensivos, en un adulto la PA normal como una tensión sistólica de 120 mm Hg y una tensión diastólica de 80 mm Hg.

3.2 Síntomas de la hipertensión

La mayoría de los pacientes hipertensos no tienen síntomas, tanto que se le ha llegado a conocer popularmente como el asesino silencioso, pero sí aumenta el trabajo del corazón, lo debilita al paso del tiempo y aumenta el riesgo de alguna complicación, lo que supone importantes implicaciones de cara a su control, prevención y tratamiento. A veces la hipertensión provoca síntomas como: cefalea, dificultad respiratoria, mareo, dolor torácico, palpitaciones o hemorragia nasal, nerviosismo y cansancio.

Ignorar estos síntomas puede ser peligroso, pero tampoco se los puede interpretar siempre como indicativos de hipertensión. La hipertensión es una grave señal de advertencia de la necesidad de modificar significativamente el modo de vida.

3.3 Clasificación de la hipertensión arterial

La hipertensión arterial es ya un factor de alto riesgo para las enfermedades cardiovasculares, está resultando un problema de salud común que incrementa día a día. La presión arterial puede ser clasificada por su etiología como primaria (esencial) y secundaria, así también, puede ser clasificada según su nivel de presión arterial.

3.3.1 Clasificación etiológica de la hipertensión

3.3.1.1 Hipertensión primaria

Hipertensión primaria o esencial (90-95% de los casos): no existe una causa reconocible de la misma, sino que son varios factores los implicados en su origen y mantenimiento. Es por ello, que la HTA primaria o esencial es considerada como un trastorno multifactorial. Entre estos factores de riesgo se encuentran variables psicológicas, entre las que destacan determinadas emociones y conductas.

3.3.1.2 Hipertensión secundaria

La HTA secundaria es aquella en la que se encuentra una causa orgánica definida (Entre las principales patologías que pueden dar lugar a la HTA se encuentran la enfermedad renal, el Síndrome de Cushing, hiperaldosteronismo, tumores secretantes de aminas biógenas, alteraciones vasculares congénitas, reacciones adversas a los fármacos, hipertensión del embarazo, hipotiroidismo (Lépori, 2004).). Sin embargo, ésta sólo aparece en un pequeño grupo de las personas que padecen HTA, estimado aproximadamente en un 5-10% de la población afectada. (ESH-ESC, 2007, 2003).

3.3.2 Clasificación según el nivel de la presión sanguínea

Con el objetivo de flexibilizar la clasificación de la hipertensión arterial esencial, a partir del año 2003, la Organización Mundial de la Salud (WHO), la Sociedad Internacional de Hipertensión (ISH), la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la Sociedad de Hipertensión (ESH) (todas por sus siglas en inglés) han categorizado la hipertensión y esta se muestra en la tabla 1.1

Tabla1.1 Estratificación de los niveles de presión arterial ESH/ESC¹

Categoría de PA	Presión Arterial Sistólica	Presión Arterial Diastólica
Normotensión o HTA Controlada		
PA Óptima	<120	<80
PA normal	120-129	80-84
PA Normal alta	130-139	85-89
Hipertensión		
Grado I (Ligera)	140-159	90-99
Grado 2 (Moderada)	160-179	100-109
Grado 3 (Grave)	>180	>110
Hipertensión sistólica aislada	>140	<90

En 2003 en el séptimo informe de la JCN² se plantea la clasificación siguiente:

Clasificación PA	PAS mmHg	PAD mmHg
Normal	<120	Y <80
Prehipertensión	120-139	80-89
Estadio 1 (grado)	140-159	90-99
Estadio 2 (grado)	>160	>100

3.4 Órganos afectados por la hipertensión arterial

La hipertensión arterial repercute desfavorablemente sobre distintos órganos del cuerpo, a los que se llama sus órganos-diana:

- ✓ Sobre el corazón, la hipertensión actúa de forma directa sobrecargando al ventrículo izquierdo con un exceso de trabajo al enviar sangre a la aorta, lo que provoca la hipertrofia de sus paredes (lo que a la larga dará lugar a una insuficiencia cardíaca o a una muerte súbita).

✓ ¹Sociedad Europea de Hipertensión (ESH) y la Sociedad Europea de Cardiología (ESC).

² Comité nacional conjunto para la prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial (JNC-7, 2003), Estados Unidos.

De forma indirecta, mediante la arteriosclerosis de los propios

Vasos coronarios, la hipertensión es responsable de muchos casos de enfermedad cardíaca por angina de pecho o infarto.

- ✓ Sobre el cerebro, el aumento de la presión altera los delicados mecanismos de regulación de la circulación sanguínea cerebral, pudiendo llegar a provocar un edema cerebral (acumulación de líquido en su interior) en los casos de descompensación severa de la tensión arterial. Además, por la arteriosclerosis da lugar a los accidentes cerebrovasculares como las hemorragias cerebrales y los infartos encefálicos.
- ✓ Sobre el riñón, debido también a la arteriosclerosis, se produce una disminución del flujo por las arterias renales, lo que disminuye la capacidad de filtración de los riñones, a largo plazo de forma irreversible (insuficiencia renal crónica).
- ✓ Sobre el ojo, afecta fundamentalmente a la retina, donde se alteran los vasos que la irrigan en función del grado de hipertensión. El examen de estos vasos en el fondo del ojo (oftalmoscopia) es una prueba rutinaria obligatoria en todo hipertenso, ya que permite hacerse una idea de la repercusión de la hipertensión sobre los vasos sin necesidad de realizar otras pruebas más costosas o peligrosas (arteriografías o biopsias).

3.5.2. Consumo de sal

Los estudios transculturales muestran que la ingesta de sodio correlaciona estrechamente con la elevación de la PA. En esta línea, parece que la casi total eliminación del consumo de sal, como ocurre en la dieta de arroz y fruta (Kempner, 1948), que se utilizó ocasionalmente para el tratamiento de la HTA antes del desarrollo de farmacoterapia antihipertensivos, puede llevar a reducciones sustanciales de la PA.

Este tipo de dietas, sin embargo, resultan inaceptables para la mayor parte de las personas. Los datos actuales indican que la reducción de la ingesta de sodio en la dieta permite reducir la PA de una forma significativa en un porcentaje importante de población hipertensa, siendo quienes más se benefician de esta medida las personas adultas mayores de 45 años y, precisamente, las que muestran cifras tensionales más elevadas.

3.5.3. Consumo de alcohol

Aunque el consumo de pequeñas cantidades de alcohol puede ser muy beneficioso para la salud cardiovascular, se ha observado que cantidades importantes que son socialmente aceptadas, se asocian al incremento de la PA. Este efecto se encuentra especialmente acentuado cuando el consumo supera los 60 ml de etanol diarios (independientemente del tipo de bebida) y cuando, a su vez, se asocia con la obesidad (Shaper, Walker, Cohen, WAI. y Thompson 1981). Por todo ello, la recomendación actual sería limitar la ingesta diaria de etanol a un máximo de 30 ml diarios, lo que en la práctica se traduce, por ejemplo, a 300 ml de vino o 60 ml de whisky al día (JNC VI, 1997, Herrera y Amigo, 2001).

3.5.4. Sedentarismo

Éste es otro de los factores que se han relacionado con el incremento de la PA, Paffenbarger, Wing, Hyde y Jung (1983) observaron en una muestra de 14.998 alumnos de la Universidad de Harvard, a los que siguió desde los 16 hasta los 50 años, que el riesgo de HTA entre los que no practicaban algún tipo de deporte era un 35 por 100 mayor que entre los que sí lo hacían, aun cuando en el estudio se controlaron otras variables relacionadas con la enfermedad, tales como el nivel de PA a su paso por la universidad, la historia familiar de HTA o la obesidad. Además, se ha demostrado que los programas de ejercicio físico isotónico pueden promover reducciones clínicamente significativas de la PA.

3.6 Atención médica del paciente hipertenso

El Ministerio de Salud (MINSAL) en el año 2015 con el objetivo de establecer las directrices que guíen al personal de salud del primer nivel de atención en la intervención terapéutica básica creó la “Guías de buenas prácticas clínicas para la Atención de pacientes con diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica.”, con ellas se pretende facilitar la identificación y evaluación de los pacientes con riesgo de padecer enfermedades no transmisibles; así también, apoyar la aplicación de buenas prácticas clínicas en el manejo terapéutico en pacientes diagnosticados de tales afecciones para reducir el progreso de las mismas.

En este apartado se retomará la información de la guía de buenas prácticas clínicas exclusivamente de la intervención con pacientes con hipertensión arterial sin la presencia de otra afección.

3.6.1 Valoración inicial del paciente hipertenso

- El personal de salud debe medir la presión arterial al paciente hipertenso en cada consulta de control para determinar el riesgo cardiovascular y controlar el tratamiento antihipertensivo.
- Se debe iniciar el tratamiento farmacológico en pacientes con presión arterial sistólica sostenida mayor a 160 mmHg o diastólica mayor de 100 mmHg.
- Se debe calcular el riesgo cardiovascular global en todos los pacientes hipertensos mediante la escala adaptada de Framingham.
- A todo paciente con hipertensión arterial, en el estudio inicial se le debe realizar un electrocardiograma y posteriormente al menos una vez al año.

3.6.2 Seguimiento del paciente hipertenso

- La meta de tratamiento en los pacientes hipertensos debe ser: Presión arterial sistólica menor de 140 mmHg y la de presión arterial diastólica menor de 90 mmHg.
- Todo paciente con tratamiento farmacológico debe evaluarse cada uno o dos meses dependiendo del nivel de presión arterial, hasta que las mediciones en dos visitas consecutivas estén por debajo de su meta.
- El tratamiento farmacológico antihipertensivo tiene que administrarse, siempre que sea posible, en una única dosis diaria, si es un paciente que responde adecuadamente al tratamiento.
- El personal de salud debe educar a los pacientes y a sus familiares acerca de su enfermedad y régimen de tratamiento.
- En todos los pacientes hipertensos se debe vigilar periódicamente la aparición de diabetes mellitus (DM).
- En todos los pacientes hipertensos se deben realizar periódicamente, al menos cada año, análisis de electrolitos, creatinina, glucosa y lípidos en sangre.

3.6.3 Adulto mayor hipertenso

- Las metas de tratamiento para cifras de presión arterial, son las mismas que para el paciente joven.
- En pacientes con hipertensión sistólica severa y que no toleran bien el tratamiento, es una meta aceptable llevarlo a valores de presión arterial sistólica menor de 160

mmHg, pero en los controles posteriores debe buscarse llevar a los valores de presión arterial sistólica menor de 140 mmHg.

- Se debe recomendar la pérdida de peso (en caso de sobrepeso y obesidad) y reducción moderada de ingesta de sal en el adulto mayor.

3.6.4 Recomendaciones de buenas prácticas no farmacológicas

- La utilización combinada de medidas no farmacológicas es eficaz en el descenso de las cifras de presión arterial.
- Informar a los pacientes de su riesgo cardiovascular global (Escala de Framingham) puede mejorar la efectividad de la modificación de los factores de riesgo.
- Los pacientes hipertensos deben recibir consejo a través de intervenciones estructuradas sobre la práctica de ejercicio físico aeróbico adaptado a sus características. El ejercicio deberá incluir al menos, tres sesiones semanales de 45 a 60 minutos.
- Se recomiendan las intervenciones en grupos organizados para la educación y promoción del autocuidado.
- Las recomendaciones sobre el estilo de vida saludable se deben dar también a los pacientes con presión arterial normal-alta.
- Los pacientes con hipertensión arterial esencial deben recibir consejo profesional para disminuir el consumo de sodio en la dieta.
- Se recomienda una dieta rica en frutas y verduras con alto contenido de potasio en todos los pacientes con hipertensión.
- Se recomienda la ingesta de fibra a los pacientes hipertensos igual que en la población general.
- Los pacientes con hipertensión arterial esencial y sobrepeso/obesidad, incluidos los que toman medicamentos antihipertensivos, deben recibir consejo de los profesionales para disminuir el peso.
- Los pacientes hipertensos con consumo excesivo de bebidas alcohólicas deben recibir consejo para reducirlo al menos en un 60%.
- Para reducir el riesgo cardiovascular se recomienda aconsejar y ofrecer ayuda a los fumadores para que dejen de fumar.

- Se recomienda no utilizar suplementos de calcio y magnesio en forma generalizada en pacientes hipertensos.
- No es necesario eliminar el café de la dieta de los hipertensos, a menos que consuma más de cinco tazas de café diarias.

4. Factores emocionales y su influencia en la hipertensión esencial

Se ha constatado la relevancia de los factores emocionales como variables contribuyentes al desarrollo y mantenimiento de la hipertensión arterial esencial (HAT-E): los efectos del estrés sobre el sistema cardiovascular, así como variables psicológicas individuales como las emociones negativas (ira y hostilidad, ansiedad o depresión).

4.1 Estrés y la hipertensión arterial esencial

Diferentes estudios ponen en relación unos niveles elevados de estrés con el aumento de la presión arterial (Casado et al., 1995; Fernández-Abascal y Martín, 1995; Martínez-Sánchez y Casado, 1999). En este sentido, en lo que respecta a la respuesta cardiovascular al estrés medida en condiciones de laboratorio, tras llevar a cabo un estudio de carácter experimental en el que los sujetos debían someterse a tareas más o menos estresantes, diferentes estudios deducen que la reactividad fisiológica ante las tareas más estresantes incrementa la necesidad de tomar medicación hipertensiva (Tuomisto, Majahalme, Kahonen, Fredrikson y Turjanmaa, 2005). El estrés, predeciría así el desarrollo de niveles de presión arterial elevados o de HTA.

Efectivamente, en múltiples revisiones se constata que un alto nivel de estrés cotidiano (laboral o familiar) predice el desarrollo de HTA-E (Friedman et al., 2001; Routledge y Hogan, 2002; Steptoe, 2000). No obstante, esta relación se encuentra moderada y mediada por múltiples variables tanto biológicas como psicosociales. Por un lado, la influencia del estrés sobre los niveles medios de PA se ha analizado especialmente en el ambiente laboral y parece que influye el nivel de incertidumbre respecto al futuro, la ausencia de satisfacción, la presencia de elevadas demandas unida a un bajo control o a una baja capacidad de toma de decisiones, y a la percepción de un apoyo socioafectivo bajo (Carels, Sherwood y Blumenthal, 1998; Friedman et al., 2001; Steptoe, 2000).

4.1.1. Definición del estrés

Puesto que el concepto del estrés es empleado de forma diferente por diferentes autores, aunque resulta de gran ayuda como término pragmático, no posee una definición científica totalmente satisfactoria. Aun asumiendo la ambigüedad reinante, y con independencia de cualquier enfoque, modelo u orientación, debe tenerse en cuenta que el concepto de estrés debe implicar siempre una alteración, interferencia o perturbación del funcionamiento habitual del individuo, pudiendo ser entendido este funcionamiento habitual tanto en términos biológicos (homeostasis) como psicológicos (rutina comportamental; integridad operativa del organismo), y cuya alteración ha sido generada por algún tipo de estimulación (externa o interna) que denominamos estresor (estímulo, pensamiento, suceso, etc.).

El estrés puede ser entendido como:

- ✓ Un fenómeno del entorno externo (estimulación dolorosa, ruido, discusiones entre marido y mujer, pérdida afectiva, etc.), en cuyo caso el estrés se considera variable independiente,
- ✓ Una respuesta del individuo (activación simpática, liberación de catecolaminas o cortisol, ansiedad, ira, etc.; en este caso, el estrés actuaría como variable dependiente),
y
- ✓ Una interacción (transacción) entre el individuo y el medio.

El estrés también ha sido definido como un fenómeno fisiológico (p.ej., perturbación de la homeostasis), psicológico (p.ej., evaluación negativa) o psicosocial (p.ej., sucesos vitales). Es evidente que el estrés no se reduce a cada uno de estos aspectos por separado, ya que todos ellos forman parte del concepto genérico del estrés. Lo que varía es el aspecto del estrés sobre el que se focaliza el interés del científico (cambios en la homeostasis, respuestas neuroendocrinas, evaluación cognitiva de la amenaza, ocurrencia de eventos psicosociales estresantes, etc.).

4.3.2 Importancia del estrés en el ámbito de la salud

Al margen de los múltiples usos y abusos del concepto de estrés, actualmente no parece existir duda de que el estrés constituye un importante factor de riesgo, tanto para nuestra

salud física como para nuestra salud mental. El estrés puede alterar o afectar la salud a través de diversas formas y mecanismos (precipitando la ocurrencia de un trastorno, afectando el curso de una enfermedad, generando nuevas fuentes de estrés, produciendo malestar físico y psíquico, reduciendo nuestro bienestar y calidad de vida, etc.).

Lennart Levi (1996), el estrés puede ser tanto la salsa de la vida como el beso de la muerte. El estrés, bajo ciertas circunstancias y condiciones puede ser positivo y saludable, e incluso estimulante ("la salsa de la vida"). Pero, lo cierto es que, al menos en nuestra sociedad actual, el estrés puede estar implicado en la morbilidad y mortalidad, y en la vulnerabilidad, causa y curso de muchas enfermedades y trastornos ("el beso de la muerte"). Actualmente es bien conocido que las principales causas de muerte se deben a enfermedades crónicas, como las enfermedades cardiovasculares (infarto de miocardio, hipertensión, etc.) y el cáncer.

Muchas de las enfermedades crónicas, así como también muchos de los problemas psicosomáticos y emocionales, se han denominado "enfermedades" del estilo de vida en base a los factores de riesgo característicos de la vida de nuestra sociedad como: las condiciones laborales (contratos temporales, inseguridad, pérdida del empleo, jubilación anticipada, etc.), el tráfico de las ciudades industrializadas, los sucesos vitales, el agobio por falta de tiempo, vivir en suburbios con deficiencias físicas y sociales, abuso de drogas, alcohol y/o tabaco, dieta nutritiva inadecuada, ruptura de la estructura familiar tradicional (divorcios y/o separaciones frecuentes), y pobres relaciones (o situaciones de soledad y aislamiento social) con nuestros semejantes (vecinos, etc.). Todos estos factores de riesgo se asocian al estrés y a las conductas de salud y enfermedad, y atentan contra nuestra salud y bienestar de forma mucho más dramática, crónica y soterrada que los clásicos factores patógenos biomédicos (virus, bacterias, etc.).

Este concepto de "enfermedades del estilo de vida" es intercambiable con el concepto de "enfermedades de la civilización", que ha sido empleado por otros autores para referirse a enfermedades como la hipertensión esencial, la diabetes, el infarto de miocardio, los accidentes cerebrovasculares, la úlcera gastroduodenal. La Organización Mundial de la Salud, en octubre de 1990, estimó que estas enfermedades del estilo de vida (o de la civilización) eran la causa del 70-80% por ciento de las muertes prematuras que acaecen en los países industrializados (Levi, 1996).

En suma, podría afirmarse que el estilo de vida general que caracteriza a nuestra sociedad es un estilo patógeno, el cual implica la intervención de factores diversos, tales como los biológicos (p.ej., dieta y nutrición), los comportamentales (conductas no saludables; p.ej., tabaquismo), los sociales y familiares (p.ej., divorcio, separación de padres, discusiones familiares), los laborales (p.ej., sobrecarga laboral), y los sociodemográficos (p.ej., nivel económico, sexo). Todos estos factores tienen una relación muy estrecha con el estrés psicosocial, bien como causas o bien como consecuencias. El resultado final es un estado más o menos crónico de estrés que puede alterar la salud directa (p.ej., a través de los cambios fisiológicos, emocionales y/o comportamentales) o indirectamente (p.ej., promoviendo conductas no saludables) (Buceta y Bueno, 1995, 1996).

Vivir en estado crónico de estrés supone, en cierto modo, vivir en un estado de activación permanente, semejante a la condición psicofisiológica que Cannon bautizó como reacción de "lucha-huida". La respuesta de lucha-huida tiene un origen filogenético y una finalidad adaptativa ante los peligros del medio ambiente. Es una reacción automática (independiente de la voluntad de la persona) e implica cambios a nivel fisiológico, emocional y conductual.

Los cambios fisiológicos suponen una activación del sistema nervioso simpático e inhibición del sistema parasimpático. Se producen cambios endocrinos manifiestos, principalmente elevación de catecolaminas, cortisol y endorfina beta, es decir, hormonas que potencian la liberación de energía, la analgesia, y la intensificación de las reacciones fisiológicas de tipo catabólico (consumo de oxígeno, metabolismo, respiración, frecuencia cardíaca, presión sanguínea, lipólisis, gluconeogénesis, etc.), conductuales (actuación rápida en conductas abiertas, como correr, etc.), emocionales (miedo, ira, etc.) y cognitivas (vigilancia, alerta, atención, etc.).

Así mismo, durante la reacción de lucha-huida, y en paralelo a las respuestas de activación simpática, se produce inhibición de las funciones parasimpáticas, la cual se traduce en cambios como inhibición en los sistemas reproductor (p.ej., hormonas sexuales) e inmunológico, así como en la conducta sexual. Estos cambios de "lucha-huida" tienen claramente una finalidad adaptativa. Sin embargo, cuando son producidos por el estrés, y se prolongan innecesariamente en el tiempo, pueden llegar a constituir el estado habitual de la vida del individuo como resultado de su estilo de vida "patogénico".

Aparte de los posibles efectos del estrés perturbando la salud emocional (p.ej., ansiedad), el incremento de hormonas catabólicas como las catecolaminas (p.ej., adrenalina) y el cortisol (conocidas ambas, a veces, como "hormonas del estrés") suele acarrear daños funcionales y estructurales significativos en el organismo (incremento de la presión sanguínea, aterosclerosis, inhibición del timo, etc.). Más aun, las hormonas cuya secreción es inhibida durante el estrés (andrógenos, estrógenos, insulina, etc.) son hormonas que promueven en el organismo reacciones de tipo anabólico (i.e., restaurador), por lo que, bajo estados de estrés, el organismo posee una capacidad reducida para mantener y reparar su adecuado funcionamiento, incrementando, así mismo, el riesgo de enfermedad.

4.1.3 El estrés psicosocial

Kaplan (1996), en el denominado estrés psicosocial es precisamente la naturaleza social lo que caracteriza las influencias que inducen los procesos psicológicos del estrés. En este sentido, el estrés psicosocial podría entenderse como una subcategoría de determinantes del estrés psicológico. En realidad, lo fundamental es que, siendo una forma de estrés psicológico, está asociado primariamente a estresores de tipo psicosocial (p.ej., sucesos vitales, contrariedades, etc.).

4.1.3.1. Características de un estresor

Un estresor (psicosocial), que en definitiva constituye la base del estrés psicosocial, podría definirse en términos de condiciones psicosociales de amenaza, demanda, desafío o pérdida que ponen en peligro la integridad funcional del organismo (en términos de Wheaton, 1996, pondrían en peligro la integridad operativa del organismo). Como ha sugerido este autor (y nosotros en otro lugar, Sandín, 1989), la cualificación de estresor (i.e., que pueda afectar al organismo) no requiere que el organismo responda conscientemente (evaluación cognitiva); el estresor puede afectar al organismo por su mera presencia, sin necesidad de activar respuestas de afrontamiento específicas. Este autor ha subrayado algunas características definitorias del estresor; las cinco más relevantes son las siguientes:

- 1) El estresor debe implicar amenaza, demanda o constreñimiento, estructural,
- 2) El estresor constituye una fuerza con capacidad de alterar la integridad del organismo si sobrepasa el límite de elasticidad de dicho organismo,

- 3) El estresor requiere ser resuelto ya que, de mantenerse indefinidamente, produciría daño en el individuo/organismo,
- 4) Ser consciente del daño potencial del estresor no es una condición necesaria para que dicho estresor posea consecuencias negativas, y
- 5) Un estresor puede serlo tanto porque induzca excesiva demanda como, por lo contrario.

4.1.3.2. Modalidades del estrés psicosocial

Chiriboga (1989, pp. 19-21) diferenció entre los siguientes tres tipos de niveles de las situaciones estresantes psicosociales:

(1) Nivel micro

El nivel micro incluye aquellos estresores psicosociales imbricados en las experiencias diarias de las personas. Estos son los estresores más comúnmente experimentados por la gente, y se refieren a experiencias cotidianas como, por ejemplo, ser atrapado en un atasco de tráfico, perder algo, romper un cordón del zapato al salir para el trabajo, perder un avión, etc. Antes de los ya clásicos estudios de Richard S. Lazarus sobre esta modalidad de estrés Holmes y Holmes (1970) resaltaron la relevancia de este tipo de estrés (problemas diarios) y su vinculación con la salud, incluidas las quejas físicas menores (síntomatología somática en general) y los resfriados comunes.

(2) Nivel mezzo

El nivel mezzo (i.e., moderado) se refiere a situaciones que generalmente son menos frecuentes que los estresores del nivel micro, pero que también actúan directamente sobre el individuo. Este tipo de estresores son los conocidos como "sucesos vitales estresantes", o simplemente sucesos vitales (life events), y constituyen la línea de investigación psicosocial más tradicional y la que ha generado mayor cúmulo de investigación dentro del campo del estrés. Esta línea de investigación se desarrolló inicialmente a partir de los innovadores trabajos de Tomas H. Holmes sobre la relación entre los sucesos vitales y la salud.

(3) Nivel macro

Finalmente, el nivel macro hace referencia a estresores del sistema macrosocial (no se dan a nivel interpersonal). Esta variedad de estresores, antes que, en el individuo, impactan sobre

la sociedad como tal. Son estresores de este tipo, por ejemplo, las recesiones económicas, la amenaza de guerra, la tasa de divorcios, etc.

4.1.3.3. Los sucesos vitales y la salud

Thomas H. Holmes, influenciado por las ideas y aportaciones de Wolf y Meyer³ se interesó no sólo por quién enferma sino también por cuándo (contexto) uno enferma, lo cual le llevó a desarrollar un nuevo marco para investigar las relaciones entre los fenómenos psicosociales y la enfermedad.

La concepción de Holmes supuso una auténtica revolución al desestimar que la enfermedad era únicamente un fenómeno unifactorial y mecánico, como por ejemplo el producto de algún agente patógeno. A nuestro juicio, los trabajos del grupo de Holmes son más importantes por la innovación teórica que ha supuesto, así como por su enorme influencia sobre la generación de hipótesis e instrumentos de evaluación del estrés, que por los datos empíricos aportados.

Un suceso vital mayor (o un cambio vital) (conocido habitualmente en términos anglosajones como lifeevent o lifechange) suele definirse como una experiencia objetiva, discreta y observable que altera el funcionamiento usual del individuo, provocando en éste una necesidad de reajuste. Se asume que este reajuste inducido en el organismo suele perturbar las reacciones fisiológicas y psicológicas de la persona, por lo que ha sido habitual definir a tales sucesos como "sucesos vitales estresantes". Éstos son acontecimientos que implican cambio en las actividades usuales de los individuos que los experimentan (el potencial estresante de un suceso vital está en función de la cantidad de cambio que conlleva).

Tales sucesos vitales pueden ser extraordinarios y extremadamente traumáticos, pero generalmente son eventos habituales y más o menos normativos, tales como el matrimonio, la separación, el divorcio, la pérdida de trabajo, la pérdida de un amigo, o las pequeñas violaciones de la ley. En términos generales, la aportación del grupo de Holmes representa tal vez la primera contribución consistente al modelo biopsicosocial, anticipándose en 20 años a la formulación de dicho modelo, llevada a cabo por Engel en 1977.

La aportación del enfoque de los sucesos vitales como "revolución" en las ciencias de la salud se ha justificado porque dicho enfoque (Sandín, 1991, p. 120):

- 1) permite estudiar epidemiológicamente grupos sociales y niveles de riesgo desde una nueva perspectiva,
- 2) posibilita establecer estrategias de afrontamiento y prevención selectivas,
- 3) supone una orientación psicosocial de la salud (diferente de la antigua concepción médica basada en la relación "germen-enfermedad").

4.1.3.4. Estrés diario y sintomatología psicológica y somática

En los trabajos pioneros sobre estrés diario se ha sugerido que la experiencia acumulada de contrariedades parece predecir el nivel de sintomatología psíquica (básicamente emocional) y somática (quejas somáticas en general). Por ejemplo, Kanner et al. (1981) demostraron que las contrariedades predecían los síntomas psicológicos, y esto con independencia del posible efecto de los sucesos vitales. Posteriormente, muchos otros autores han encontrado relaciones entre estrés diario y variables relacionadas con la salud, entre las cuales podríamos destacar la asociación entre contrariedades y:

- 1) Niveles de ansiedad y depresión (Brantley et al., 1987; Chorot et al., 1994),
- 2) Quejas somáticas y psicológicas generales (Chang y Lee, 1992; Kohn et al., 1990),
- 3) Nivel sintomatológico en diferentes sistemas somatofisiológicos (cardiovascular, respiratorio, gastrointestinal, neurológico-sensorial, musculoesquelético, etc.) (Chorot et al., 1994; Sandín et al., 2002; Santed, 1995),
- 4) Bienestar psicológico (Chamberlain y Zika, 1990), y
- 5) Síntomas psicopatológicos de diferentes dominios (Johnson y Bornstein, 1993).

Aunque los estudios en este sentido son muy escasos, se han referido datos que sugieren una conexión entre el estrés diario y ciertas respuestas cardiovasculares vinculadas a la hipertensión y/o enfermedad arterial coronaria. Nyklicek, Vingerhoets, VanHeck, y VanLimpt (1998) estudiaron la relación entre estresores diarios, defensividad y presión sanguínea en reposo. Concluyeron que la existencia de una relación inversa entre defensividad y autoinforme de contrariedades diarias, y una relación positiva entre defensividad y presión sanguínea sistólica.

Del trabajo de estos autores se desprende que los individuos defensivos tienden a subinformar (ocultar) sobre sus problemas (i.e., contrariedades) mientras exhiben niveles elevados de presión sanguínea, lo cual puede explicar que algunos autores no hayan encontrado relaciones significativas entre estrés diario y cambios de la presión sanguínea. Fontana y McLaughlin (1998), sin embargo, sí obtuvieron resultados consistentes con una asociación entre el estrés diario y la presión sanguínea. Empleando un paradigma experimental de provocación de ira (los estresores diarios consistían en una tarea de conflicto interpersonal), Fontana y McLaughlin concluyeron, que cuanto más estresante era la percepción de los estresores, mayores eran los niveles de presión sanguínea sistólica basal.

4.1.3.5. Estrés laboral y salud

El estrés laboral posiblemente constituye la forma de estrés que, en general, afecta de forma más significativa a la salud de las personas. Esto quizás no sólo se debe a que generalmente se produce de forma crónica, sino también a que el trabajo constituye un factor de enorme importancia y repercusión en nuestras vidas (gran parte de nuestra vida la pasamos trabajando).

Los estudios epidemiológicos sobre estrés laboral sugieren la necesidad de una mayor consideración sobre los factores psicológicos. Cuando se clasifica a los individuos únicamente en términos del tipo de ocupación, la predicción sobre la salud suele ser muy escasa (2-6% de la varianza), al menos si se compara con las predicciones basadas en términos de factores psicológicos ocupacionales (14-45% de la varianza) (French, Caplan y Van Harrison, 1982). Los estresores psicológicos, organizacionales y no organizacionales (p.ej., sucesos vitales y estrés diario), son agentes causales de la perturbación de la salud que pueden ser mediados por la evaluación cognitiva y las estrategias de afrontamiento, y moderados (o modulados) por los factores personales (características personales) y el apoyo social.

Algunos de los grandes estudios epidemiológicos (p.ej., el FraminghamHeartStudy) y diversos estudios específicos sobre estrés laboral han demostrado la relevancia de los factores psicológicos vinculados a la organización como posible causa de problemas cardiovasculares (Fletcher, 1991; Kop, Hamulyak, Pernot y Appels, 1998). Sin embargo, la inclusión (aunque parcial) de variables personales (autoestima, hostilidad, necesidad de control, etc.), sociales (apoyo social, etc.), de afrontamiento y evaluación cognitiva, y emocionales (p.ej., desesperanza), como ocurre en algunos modelos más recientes (Appels, Siegrist y DeVos,

1997; Siegrist, 1996), ha posibilitado obtener una idea más clara sobre la implicación del estrés crónico laboral en la génesis de los trastornos cardiovasculares.

Algunas consecuencias del estrés se han vinculado de forma muy estrecha con el estrés laboral, tanto directa (p.ej., incrementando los niveles de colesterol, catecolaminas, fibrinógeno, etc.) como indirectamente (p.ej., generando conductas nocivas como fumar, beber en exceso, etc.). Aparte de los problemas específicos de salud (p.ej., trastornos cardiovasculares y otras alteraciones físicas y/o psicológicas), frecuentemente se han señalado como importantes consecuencias del estrés laboral la insatisfacción laboral, la insatisfacción vital, y el absentismo laboral. Éste, además de vincularse a baja calidad de vida y bajo nivel de bienestar, supone un importante coste económico y perturbación del funcionamiento laboral (Kearns, 1986, por ejemplo, ha sugerido que el 60% del absentismo laboral se debe a problemas relacionados con el estrés).

4.2 Emoción y la salud

La idea de que las emociones y las enfermedades están relacionadas no es ni mucho menos nueva. La relación entre los procesos mentales y orgánicos es una cuestión que está presente desde el inicio de la medicina. En cada época se ha tratado de explicar este vínculo aparente usando los mejores medios disponibles.

Hipócrates (460-370 a.C. aprox.), médico griego, creía que las «pasiones» influían en el cuerpo y podían causar enfermedad. Galeno (129-199 d.C. aprox.), también médico griego, propuso que cada emoción está asociada a un fluido específico del cuerpo (bilis negra, bilis amarilla, sangre y flema) y que el exceso de cada uno de ellos llevaba a una enfermedad específica. En el siglo XIX, tras el auge de los grandes anatomistas del siglo XVI, los médicos habían empezado a creer que todas las enfermedades eran consecuencia de las anomalías de la anatomía.

En los primeros años del siglo XX, el trabajo de Walter Cannon estimuló un nuevo interés en la relación entre afecto, fisiología y salud. Cannon (1911) observó que los gatos expuestos a un estímulo amenazante (un perro ladrando) reaccionaron con una activación fisiológica específica marcada por un incremento en la activación neural simpática y la liberación de catecolaminas desde la médula adrenal. Este trabajo inspiró dos escuelas teóricamente distintas

en el estudio de la relación entre emoción y salud. Una escuela mantenía una aproximación a las emociones discretas desde del paradigma psicoanalítico, y fue llamada «medicina psicosomática» (Alexander, 1939), cuyo principal teórico fue Franz Alexander; es la década de los años veinte y treinta, y dentro de esta corriente Helen Flanders Dunbar, psicóloga estadounidense, y algunos de sus colegas, incluyendo al propio Alexander, trataron de explicar numerosas enfermedades físicas como el asma, las úlceras gástricas y las enfermedades del corazón en términos de anomalías de la mente; las enfermedades somáticas o corporales que se originaban a partir de una alteración psíquica.

La segunda escuela abandonó el uso específico de las emociones discretas y en su lugar introdujo el concepto de estrés. El fisiólogo Hans Selye (1936, 1956) dedicó sus estudios sobre el estrés a sistematizar sus consecuencias, recogió los planteamientos de Cannon y los integró dentro de lo que definió como el patrón de respuesta al estrés, conocido como «síndrome general de adaptación», un patrón de respuesta no específica que implica un esfuerzo del organismo por adaptarse y sobrevivir.

Actualmente, los modelos más recientes reconocen que hay múltiples caminos entre la emoción y la salud y que la relación es más dinámica que lineal. Por otro lado, la consideración de la salud como objeto de estudio ha permitido la evolución del concepto de salud desde perspectivas puramente biológicas hacia planteamientos más globalizadores.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Carta Magna o Carta Constitucional en 1946 (OMS, 1948), define la salud como «un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Existe un amplio consenso acerca de que el concepto de salud positiva es más que la mera ausencia de enfermedad o discapacidad, e implica «integridad» y «total funcionalismo» o «eficiencia» de mente, cuerpo y adaptación social. A pesar de que la relación entre emoción y salud sea una cuestión tan antigua como la propia medicina, hay que indicar que sólo muy recientemente se ha abordado su estudio de forma experimental.

De entre todos los procesos psicológicos que inciden en la salud y la enfermedad, las emociones son, sin duda, uno de los más relevantes (Adler y Matthews, 1994). Actualmente, una de las áreas de mayor interés en la investigación experimental y la actividad profesional

es el papel de la emoción tanto en la promoción de la salud y la génesis de la enfermedad como en las consideraciones terapéuticas implicadas. La investigación sobre la relación entre emoción y salud se ha centrado, entre otros, en dos grandes aspectos. Una amplia área de interés de investigación se ha focalizado en los efectos en la salud física de emociones negativas como la ira, la hostilidad, la ansiedad, etc.

Se ha intentado establecer la etiopatogenia emocional de ciertas enfermedades, intentando relacionar la aparición de determinadas emociones con trastornos psicofisiológicos específicos (por ejemplo, trastornos coronarios, alteraciones gastrointestinales o del sistema inmunológico). Esas áreas de estudio han sido productivas identificando factores emocionales negativos que actúan como factores de riesgo, además de desarrollar modelos explicativos de cómo esos factores pueden incidir en los resultados de una enfermedad, en su evolución. También se ha estudiado el papel que ejerce la expresión o inhibición de las emociones en la salud y en la enfermedad.

Otra amplia área de interés de investigación se ha centrado en el impacto del estrés psicológico en la actividad cardiovascular, en las respuestas neuroendocrinas y en la función inmune, así como en la salud física general y en la salud mental. Los investigadores han pasado de un paradigma en el que los estímulos medioambientales y los sucesos tenían un efecto dañino directo en el cuerpo a otro en el que los estímulos y los eventos actúan en la salud física a través de los efectos en la emoción y la conducta (Cacioppo, 2003).

4.2.1 La emoción en los procesos de enfermedad

Los modelos explicativos de la relación entre las emociones y la salud han sido agrupados dentro de dos amplios grupos: los modelos psicofisiológicos y los modelos conductuales de salud (Mayne, 1999).

Los modelos psicofisiológicos tratan de explicar la relación entre las emociones y la salud a través del mecanismo directo de acción fisiológica de las emociones y el estrés, que se han mostrado causantes de patología por estar implicados en la hiperreactividad fisiológica y en la acción sobre el sistema inmunológico.

Los modelos conductuales de salud explican el componente emocional bien a través del daño directo sobre la salud debido a la exposición a situaciones y elementos peligrosos (por ejemplo, la asociación de emociones negativas al consumo de tabaco, alcohol, drogas, etc.),

bien a través de una actuación indirecta en las conductas preventivas y en el cuidado de la salud (por ejemplo, adherencia a la medicación).

Desde el punto de vista psicofisiológico, la homeostasis normal, el correcto nivel de las hormonas, neurotransmisores y demás elementos que conforman nuestro medio ambiente interno, el adecuado funcionamiento del sistema nervioso central y autónomo y la apropiada respuesta del sistema inmunitario son factores implicados en el correcto desempeño de las funciones habituales y/o vitales, impidiendo que el organismo enferme, favoreciendo su resistencia en las situaciones de máxima demanda y posibilitando una correcta y relativamente rápida recuperación tras las respuestas intensas que se hayan producido en situaciones que han generado estrés.

También se sabe que las respuestas emocionales intensas incrementan la probabilidad de producir un desajuste en la homeostasis de una variable particular, e incluso en la homeostasis general en nuestro organismo; por tanto, incrementan también la probabilidad de ocasionar desajustes que conducen a la enfermedad. Además de la estrecha relación que existe entre el sistema nervioso y el sistema endocrino, también el sistema inmunológico interacciona estrechamente con estos dos sistemas. La respuesta de estrés aumenta la probabilidad de padecer una enfermedad infecciosa y también puede agravar una autoinmunitaria.

En general, las vías a través de las cuales las emociones y los trastornos afectivos influyen en los trastornos físicos están siendo cada vez más detalladas (Cohen y Rodríguez, 1995). Estas vías incluyen procesos biológicos, conductuales, cognitivos y sociales. La mayoría de los trastornos en los que participan las emociones y el estrés, tanto en su inicio como en su curso, son multifactoriales, es decir, no tienen un único origen causal. Se ha demostrado que las emociones participan decisivamente en el inicio y/o curso de un gran número de trastornos, entre los que se encuentran los siguientes:

- ✓ Trastornos cardiovasculares: enfermedad coronaria, hipertensión esencial.
- ✓ Trastornos respiratorios: asma bronquial, síndrome de hiperventilación.
- ✓ Trastornos gastrointestinales: dispepsia funcional, úlcera péptica (gástrica o duodenal), síndrome de colon irritable, síndrome de intestino irritable, colitis ulcerosa, esofagitis.

- ✓ Trastornos endocrinos: hipertiroidismo, hipotiroidismo, hipoglucemia, diabetes, enfermedad de Addison, síndrome de Cushing.
- ✓ Trastornos dermatológicos: prurito, hiperhidrosis, urticaria, eccema, dermatitis atópica, psoriasis, alopecia areata.
- ✓ Trastornos musculares: tics, temblores musculares, contracturas, alteración de reflejos musculares, lumbalgias, cefalea tensional, dolor miofacial, bruxismo.
- ✓ Alteraciones del sistema inmunológico, como cáncer, evolución clínica del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, artritis reumatoide (aunque la etiopatogenia de este trastorno es desconocida, actualmente la hipótesis inmunitaria es la que tiene más fuerza).

Hay que señalar que ira, hostilidad, ansiedad, depresión y estrés son, con toda seguridad, los procesos emocionales y las reacciones sobre los que más se ha centrado el estudio de su relación en la génesis de alteraciones en la salud. A continuación, se recogen de forma resumida algunos datos sobre ira, hostilidad, ansiedad y depresión, y su relación con la enfermedad, referidos tanto a la influencia de estas emociones en el origen de la enfermedad como a su influencia en el proceso.

Desde la perspectiva causal de la influencia de las emociones en el origen de la enfermedad se presenta el impacto, directo e indirecto, de las emociones en la enfermedad. La relación de la activación emocional y los trastornos coronarios es un ejemplo de relación causal directa. La conexión del patrón de conducta tipo A y/o hostilidad con enfermedad coronaria proporciona una fuerte evidencia de una unión directa de un patrón emocional específico con una enfermedad específica (Dembroski y Costa, 1987; Mathews, 1988; Contrada, Leventhal y O'Leary, 1990).

Un complejo proceso cognitivo (interpretaciones del medio ambiente como competitivo, hostil y amenazante) y una actitud hostil junto con respuestas expresivas de rechazo y competitividad, que son características de algunas personas con patrón de conducta tipo A, y/o personas con hostilidad crónica, está demostrado que influyen en las reacciones neuroendocrinas. Estas reacciones incrementan la reactividad cardiovascular, elevan la presión arterial y la frecuencia cardíaca y producen un progresivo daño arterial y aterosclerosis,

incrementando la vulnerabilidad de tener daños coronarios y de precipitar trastornos como el infarto agudo de miocardio.

Los dos grandes meta análisis de revisión sobre las conductas y emociones asociados a los trastornos coronarios, el de Booth-Kewley y Friedman (1987) y el de Matthews (1988), apuntan en sus resultados que ira y hostilidad son predictores significativos de trastornos coronarios, con la matización de que, entre ellos, hostilidad presenta la más alta asociación. Los resultados de un tercer meta análisis, el de Miller, Smith, Turner, Guijarro, y Hallet (1996), sugieren, según los autores, que hostilidad es un factor de riesgo independiente para trastornos coronarios.

Desde la perspectiva causal, también se asume un impacto indirecto de la emoción en la enfermedad: las emociones negativas afectan a los hábitos de salud. Varios estudios han mostrado la asociación entre ansiedad o ira y hostilidad y estilos de vida poco saludables, tales como consumo de alcohol, dieta alta en grasas, consumo de tabaco, patrones de sueño inadecuados, etc. (Scherwitz, Perkins, Chesney, Hughes, Sidney y Manolio, 1992; Siegler, Peterson, Barefooty Williams, 1992).

Desde la perspectiva de la influencia de las emociones en el proceso de la enfermedad, se contempla que ésta es el antecedente causal de la emoción. La conexión podría implicar uniones fisiológicas directas e indirectas y cambios cognitivos y conductuales.

Los estudios dirigidos desde esta perspectiva se han centrado en varios aspectos: unos intentan averiguar los efectos de la emoción en la evolución y desarrollo de la enfermedad, cómo influye aquélla en la evolución de ésta; y otros examinan las vías directas a través de las cuales los procesos de enfermedad repercuten en una serie de efectos a nivel conductual, cognitivo y emocional. Son ya clásicos los estudios que demuestran que la enfermedad lleva a un declive en el funcionamiento y a una interrupción de las actividades diarias, con un incremento del humor depresivo (Berkman, Berkman, Kasl, Freeman, Leo, Ostfeld, Cornoni-Huntley y Brody, 1986; Zeiss, Lewinsohn, Rohde y Seeley, 1996).

La enfermedad provoca un humor que está típicamente caracterizado por fatiga, depresión y/o ansiedad y asociado con todo el espectro de severidad de la enfermedad desde leve hasta grave. Los primeros investigadores de la relación entre factores psicológicos y cáncer

describieron el patrón de conducta tipo C (patrón de conducta de riesgo de esta enfermedad) (Temoshok y Fox, 1984) y la asociación de «indefensión» y «aceptación pasiva» con peor pronóstico en pacientes con cáncer de mama o melanoma maligno (Pettingale, Morris, Greer y Haybittle, 1985; Temoshok, 1987).

Los efectos sobre el humor además son indicadores de la disponibilidad de recursos de una persona para combatir la enfermedad, y pueden predecir específicamente los resultados de una enfermedad. La depresión, comprobado a través de estudios epidemiológicos, está asociada a un incremento del riesgo de todas las causas de mortalidad (Wulsin, Vaillant y Wells, 1999), y el afecto depresivo está asociado a una frecuencia más elevada de restenosis posterior a una intervención en las arterias coronarias y a una mortalidad más elevada después de un infarto agudo de miocardio (Frasure-Smith, Lespérance, Juneau, Talajic y Bourassa, 1999).

Carney, Rich y Jaffe (1995) llegan a afirmar que la evidencia más convincente acerca de los efectos patogénicos de emociones negativas ha surgido de los consistentes hallazgos del incremento de posteriores sucesos coronarios entre los pacientes cardíacos que están deprimidos. Los pacientes que tienen depresión después de un infarto de miocardio tienen una mortalidad significativamente más alta que los pacientes sin depresión (Frasure-Smith, Lespérance y Talajic, 1995), y este riesgo no está limitado a depresión mayor. La ansiedad temprana después de un infarto de miocardio está asociada a un incremento del riesgo de sucesos isquémicos y arritmias (Moser y Dracup, 1996).

4.2.1.1. La ira

Existen diversas definiciones de la ira, entre las que se destacan:

Izard (1977) describe la ira como una emoción primaria que se presenta cuando un organismo es bloqueado en la consecución de una meta o en la obtención o satisfacción de una necesidad.

Spielberger y cols. (1983), amplían el concepto de ira introduciendo la distinción entre estado y rasgo, definiendo ira en función de estos elementos. Estado de ira es definido como "un estado emocional o condición que consta de sensaciones subjetivas de tensión, enojo, irritación, furia o rabia, con activación concomitante o arousal del sistema nervioso autónomo" y rasgo de ira es definido en términos de "las diferencias individuales en cuanto a la frecuencia con que aparece el estado de ira a lo largo del tiempo"

4.2.1.2 La ira, la hostilidad y la hipertensión arterial esencial

La emoción de ira y la hostilidad se han constatado como dos de los principales factores de riesgo, no sólo para los problemas cardiovasculares, sino también para la mortalidad global (Suinn, 2001). Concretamente, parece que contribuirían en un 8% a la aparición de los problemas cardiovasculares y hasta en un 16% a la probabilidad de mortalidad general, tal y como ha constatado el meta-análisis realizado por Miller, Smith, Turner, Guijarro y Hallet (1996).

La ira y sus diversas facetas también se han relacionado tradicionalmente con el desarrollo y mantenimiento de los niveles de PA elevada, desde que Alexander (1939) propuso la hipótesis clásica, según la cual, la presencia de un patrón constante de inhibición de la expresión de los sentimientos de ira constituía un factor de vulnerabilidad para la HTA-E. No obstante, casi un siglo después los resultados sobre la relación entre la ira y la PA siguen siendo inconsistentes, en gran parte debido a problemas metodológicos y de medición relacionados tanto con la evaluación de la PA como con la evaluación de la ira, así como a razones conceptuales relativas a la complejidad del constructo de ira.

En este sentido, a pesar de que ciertos autores no concluyen que la ira sea una variable de vulnerabilidad para el desarrollo y mantenimiento de la HTA-E (Friedman et al., 2001) y otros limitan su influencia al papel de otras variables moduladoras como el sexo, la raza o el tipo de instrumento de evaluación (Carels et al., 1998), la mayoría de los estudios, así como diversas revisiones teóricas y meta-analíticas realizadas en los últimos años, constatan empíricamente su condición de factor de riesgo independiente para la PA elevada.

Concretamente, y según la revisión de Routledge y Hogan (2002), la ira como rasgo supone que la probabilidad de desarrollar HTA-E a largo plazo se incremente en un 8%, mientras que otros autores (Suls, Wan y Costa, 1995) han estimado que explicaría el 8% y el 6% de las elevaciones de presión arterial sistólica y presión arterial diastólica, respectivamente, porcentajes similares a los estimados cuando las elevaciones de presión arterial se miden a través de métodos ambulatorios (7%; Schum, Jorgensen, Verhaeghen, Sauro y Thibodeau, 2003).

4.2.1.3 Ansiedad

Siguiendo a Sandín y Chorot (1995), la ansiedad puede ser definida como una respuesta del organismo que se desencadena ante una situación de amenaza o peligro físico o psíquico, cuyo objeto es dotar al organismo de energía para anular o contrarrestar el peligro mediante una respuesta (conducta de huida o de agresión).

Este mecanismo funciona de forma adaptativa y pone en marcha dicho dispositivo de alerta ante estímulos o situaciones que son potencialmente agresoras o amenazantes. Sin embargo, la ansiedad se torna en clínica en las siguientes situaciones: a) cuando el estímulo presentado es inofensivo y conlleva una compleja respuesta de alerta, b) cuando la ansiedad persiste en el tiempo, superando lo meramente adaptativo y los niveles de alerta persisten, c) cuando los niveles de alerta y la ansiedad interrumpen el rendimiento del individuo y las relaciones sociales.

Existe un continuo entre la ansiedad adaptativa y la ansiedad clínica, ambas tienen la misma fenomenología; cogniciones, neurofisiología y respuesta motoras de defensa o ataque. Sabemos que una cierta cantidad de ansiedad (normal) es necesaria para realizar ciertas tareas, para resolver problemas de un modo eficaz.

El análisis de la ansiedad como emoción negativa implica un triple nivel de respuesta: fisiológico, cognitivo y motor.

- ✓ A nivel fisiológico, la activación está mediada por dos sistemas interrelacionados: el sistema nervioso autónomo (SNA en adelante) y el sistema neuroendocrino (SNE en adelante). El SNA es el primero en activarse en cuestión de segundos, una vez identificada cualquier amenaza, siendo capaz de responder a las exigencias del medio de un modo prácticamente automático e involuntario. Está formado por una división simpática y una parasimpática que, en general, actúan sobre los mismos órganos, aunque sus efectos son mayoritariamente contrapuestos. En general, el sistema simpático adrenal regula actividades relacionadas con el gasto de energía almacenada, produciendo estimulación sobre todos nuestros órganos y funciones, liberando energía para prepararnos para la lucha o huida. Es el responsable de la elevación de la frecuencia cardíaca (taquicardia), de la presión arterial, la dilatación de los bronquios,

el aumento de la tensión muscular, entre otros efectos. Este sistema estimula a la médula de las glándulas suprarrenales liberando adrenalina al torrente sanguíneo. Esta hormona produce estimulación al llegar a todos los órganos, reforzando así el efecto del sistema simpático sobre el corazón, los pulmones o el hígado. El parasimpático, tiene una función inversa, es decir, inhibe y es ahorrador de energía. De ese modo disminuye la frecuencia cardíaca, relaja los músculos en general y produce un estado de relajación. El bienestar de la persona se basa en que ambos sistemas están en equilibrio u homeostasis. El SNE o hipotálamo-hipófisis-suprarrenal se ha relacionado con la ansiedad. Esta respuesta, que suele sobrevenir a la anterior, genera activación neuroendocrina y tiene como característica la secreción de corticoides. Esta es una vía más lenta, de efectos más duraderos que la anterior y que requiere, además, una exposición más prolongada del sujeto a la situación amenazante

- ✓ Además de las respuestas fisiológicas, otros factores psicológicos asociados a la ansiedad son las respuestas cognitivas y conductuales. El modelo cognitivo conductual del papel de los factores psicológicos en el curso de las enfermedades físicas se basa en la combinación de dos modelos: (1) el modelo conductual, que destaca la influencia de la conducta misma en la salud-enfermedad (Ribes, 1990) y (2) el modelo cognitivo del estrés, basado en el significado y afrontamiento de la enfermedad (Lazarus y Folkman, 1986). Entendemos por cognitivo cualquier proceso efectuado por el cerebro que incluya percepción, detección, identificación, comparación, toma de decisiones, etc. (Ballesteros, 2000; D.Zurilla y Goldfried, 1971; Nezu, Nezu y Perri, 1989). Los pensamientos negativos automáticos (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983) y las creencias irracionales (Ellis, 1981, 1990) intervienen antes y durante el transcurso de una situación, interpretándola como peligrosa o bien valorando la propia incapacidad para afrontarla frente a otro tipo de pensamientos positivos o de afrontamiento positivo. Así, en la ansiedad la dimensión cognitiva se caracteriza por la preocupación, anticipación, hipervigilancia, temor, inseguridad, sensación de pérdida de control y la percepción de fuertes cambios fisiológicos (cardíacos, respiratorios, etc.).
- ✓ Las respuestas motoras son conductas orientadas hacia el afrontamiento de una situación determinada para conseguir un mayor bienestar. Las conductas más habituales son: la confrontación (acciones dirigidas hacia la acción como el

contraataque, la reacción agresiva, es decir, la ira), el distanciamiento (evitaciones, escapes), el autocontrol, la búsqueda de apoyo social, etc. En el caso de la ansiedad el objetivo de las conductas es mitigar o aliviar el malestar físico o psicológico generado (evitación, escape) que pueden derivar en conductas no saludables tales como beber, fumar, llevar una mala dieta, etc.

4.2.1.4 La ansiedad y la hipertensión arterial esencial

Íntimamente relacionados con los trabajos sobre el estrés se encuentran los trabajos dedicados al estudio de la relación entre ansiedad e HTA. La ansiedad puede ser considerada como una reacción natural que se produce ante ciertos tipos de situaciones en las que el individuo podría necesitar más recursos. Las situaciones en las que se desencadena la reacción de ansiedad son aquellas en las que el individuo prevé posibles consecuencias negativas o amenazantes. Esta reacción implica una puesta en marcha de diferentes recursos cognitivos (atención, percepción, memoria, pensamiento, lenguaje, etc.), fisiológicos (activación autonómica, motora, glandular, etc.) y conductuales (alerta, evitación, etc.) Tales recursos tendrían como objetivo el afrontamiento de las posibles consecuencias negativas, pudiendo paliar, reducir, o eliminar tales consecuencias (Miguel- Tobal, 1993).

Los niveles de ansiedad van a ser importantes a la hora de entender nuestro comportamiento, nuestras cogniciones, así como a la hora de explicar diferentes problemas de salud (Cano Vindel, 1989).

4.2.1.5 Depresión

En su forma clínica, la depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una sensación de tristeza intensa superior a dos meses. Se produce por diversas causas: acontecimientos de la vida diaria (relacionados con pérdidas o incapacidad para hacerles frente indefensión), cambios químicos en el cerebro, efecto secundario de medicamentos, diversos trastornos físicos o médicos. Algunos autores definen a la tristeza como un sentimiento negativo caracterizado por un decaimiento en el estado de ánimo habitual de la persona, que se acompaña de una reducción significativa en su nivel de actividad cognitiva y conductual, y cuya experiencia subjetiva oscila entre la congoja leve y la pena intensa propia del duelo de la depresión.

Los síntomas de la depresión no son los mismos en todos los individuos. La mayoría de sujetos dejan de tener interés por las actividades cotidianas, sienten fatiga o sensación de lentitud, problemas de concentración, trastornos del sueño, sentimientos de culpa, inutilidad o desesperanza, aumento o pérdida de apetito o de peso, disminución del deseo sexual, ideación suicida y pensamientos negativos sobre sí mismo, etc. (Beck *et al.*, 1983; Ellis, 1981; 1990). Por lo tanto, la depresión es el resultado final de la interacción de múltiples factores constitucionales, evolutivos, ambientales e interpersonales, que modifican las pautas de neurotransmisión entre los hemisferios cerebrales y el sistema límbico.

- ✓ La fisiología de la depresión implica, a nivel del sistema nervioso central, una descompensación de las monoaminas neurotransmisoras noradrenalina y serotonina, y posiblemente, también de la acetilcolina y de las endorfinas. La disfunción central de la neurotransmisión, además origina alteraciones neurovegetativas y endocrinas, sobre todo en la secreción de cortisol, hormona tiroidea y hormona de crecimiento. En este sentido, el perfil bioquímico es similar tanto endocrina como inmunológicamente al que se produce en situaciones de estrés. Éste consiste en la activación del eje hipotalámico-hipofisiario-córtico-suprarrenal, la perturbación de los ritmos circadianos de cortisol, la ausencia de respuesta al test de supresión de la dexametasona y la hiperactividad de la hormona liberadora de la corticotropina (CRH) (Sandín, 2001).
- ✓ Conductualmente, la depresión se caracteriza principalmente por la reducción generalizada en la frecuencia de las conductas, que a su vez sería la consecuencia de una pérdida de reforzadores positivos contingentes a la conducta o de una pérdida en la efectividad de tales reforzadores (o la incapacidad de hacer frente a una situación indefensión aprendida). Las pérdidas (e incapacidad) podrían deberse a la combinación de diversos factores ambientales (p. ej., rupturas de pareja) como intrapersonales (p. ej., falta de habilidades sociales). Una evidencia al respecto es que a la depresión le suele preceder una sucesión de eventos vitales estresantes o una historia previa de adversidades y estrés psicosocial (Kessler, 1997).
- ✓ Desde el punto de vista cognitivo, la idea fundamental es que la depresión depende de cómo el individuo interpreta los acontecimientos que le ocurren. Existe una gran variedad de teorías que señalan distintos elementos cognitivos, entre ellas destacamos

tres: la Teoría de Beck (Beck *et al.*, 1983), la Teoría de la Desesperanza (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978) y la Teoría de la Indefensión Aprendida (Seligman, 1981).

4.2.1.6. Tristeza/depresión y la hipertensión arterial esencial

Aunque en menor medida que el resto, pero adoptando un incremento creciente, otra de las principales variables emocionales estudiadas es la relación entre depresión/tristeza e HTA. Y en lo que respecta a la relación entre esta emoción con la HTA, diferentes estudios encuentran que la depresión se encuentra asociada con la incidencia y progresión de la enfermedad cardiovascular como la HTA.

Así, por ejemplo, los estudios dirigidos a determinar la relación entre depresión e HTA señalan la existencia de perturbaciones en el ritmo cardiaco encontradas en pacientes deprimidos, además del deterioro progresivo de la respuesta barorefleja y la disminución de la variabilidad de la tasa cardiaca (Scherrer, Xian, Bucholz, EisenLyos, Goldberg, Tsuang y True, 2003).

4.3 Emociones positivas y salud física

El estado de la relación entre emociones positivas y salud dista mucho de las emociones negativas, el énfasis puesto en las consecuencias adversas de las emociones negativas ha descuidado las influencias potenciales de la emoción en la promoción de la salud (Ryff y Singer, 1998^a, 2000, 2001)

A pesar de que está claro que las emociones negativas y el estrés alteran la homeostasis orgánica haciendo al organismo más vulnerable a la enfermedad, se conoce poco sobre la capacidad de los estados afectivos positivos para preservar y acaso potenciar a salud.

Esta poca atención recibida por las emociones positivas puede ser explicada según Ryff y Singer (1998), porque prevalece el punto de vista de que la salud física y mental es la ausencia de enfermedad y de emociones negativas, o quizá como indican Ellsworth y Smith (1988), porque las emociones positivas son pocas en número comparadas con las negativas y según ellos están menos diferenciadas.

Según Fredrickson (2001), las funciones de las emociones positivas vendrían a complementar las funciones de las emociones negativas y ambas serían igualmente importantes en un contexto evolutivo, y si las emociones negativas solucionan problemas de supervivencia inmediata (Malatesta y Wilson, 1988) porque tienen asociadas tendencias de

respuesta específicas, las emociones positivas solucionan cuestiones relativas al desarrollo y crecimiento personal y a la conexión social, las emociones positivas propician formas de pensar que amplían las posibilidades de respuesta.

El valor de las emociones, positivas proviene según Fredrickson (1998), de la ayuda que ofrecen a las personas para superar más rápidamente las situaciones de estrés y para hacerlas más fuertes o resistentes ante futuras adversidades.

Fredrickson (1998), crea un modelo específico para las emociones positivas llamado “Modelo de ampliación y construcción de emociones positivas” y su principal proposición es que las emociones positivas y los estados afectivos relacionados con ellas se vinculan a una ampliación de las posibilidades de la atención, la cognición y la acción y a una mejora de los recursos físicos, intelectuales y sociales de la persona.

El modelo de Fredrickson hace referencia a que las emociones positivas sirven de antídotos eficaces contra la preparación fisiológica y psicológica tan específica que acompaña a los estados emocionales negativos. En este sentido Fredrickson y colaboradores plantean dos hipótesis cuya comprobación sirve de apoyo a esta afirmación. En primer lugar, observan en sus investigaciones que las emociones positivas tienen la capacidad de regular la aceleración cardiovascular que se produce tras una emoción negativa, favoreciendo una recuperación más rápida de la actividad del sistema nervioso autónomo. En segundo lugar, prueban la capacidad que estas emociones tienen para restablecer el pensamiento flexible, favoreciendo un mejor entendimiento de las situaciones complejas y un mayor distanciamiento emocional ante los acontecimientos negativos.

5. Familia e hipertensión

5.1. La familia con pacientes hipertensos

Para el manejo de un paciente hipertenso, no basta seguir centrándose en el tratamiento medicamentoso o farmacológico; es necesario detectar los mecanismos que incluyan los efectos conductuales, cognitivos y emocionales que influyen no sólo en el diagnóstico sino en su manejo y tratamiento.

Hoy día se están realizando importantes esfuerzos dirigidos a la prevención, control y tratamiento de la hipertensión arterial, los cuales están requiriendo de acciones

multidisciplinarias, por lo que es fundamental el reconocimiento de la influencia de factores de índole psicosocial, como la familia (Moleiro y García, 2004).

La familia es, sin duda, la fuente principal de creencias y pautas de comportamiento relacionadas con la salud. Las tensiones que sufre a través de su ciclo evolutivo pueden manifestarse en forma de síntomas, los cuales pueden ser la expresión de procesos adaptativos del individuo y ser mantenidos por las conductas familiares (Minuchin, Rosban y Baker, 1987).

Así, los síntomas somáticos que no mejoran con las medidas convencionales son muchas veces un reflejo de problemas ocultos relacionados con el entorno del paciente, y ese entorno suele ser el familiar. Pero no sólo en la familia se pueden gestar las enfermedades, sino que es el medio donde se puede comprender el problema y es un recurso de incalculable valor para atender estos problemas y a su vez enriquecer la salud desde una perspectiva biopsicosocial.

5.2 Familia y enfermedad

La familia es la institución social más antigua y es objeto de estudio de diferentes áreas de la psicología en los ámbitos educativo, social y clínico. Sería imposible estudiar la psicología humana sin hacer referencia a este grupo primario.

La aparición de cualquier enfermedad aguda, crónica o terminal en alguno de los miembros de la familia representa un serio problema en su funcionamiento y estructura, pues la enfermedad introduce una información nueva en el sistema que lo perturba y desorganiza, por lo que con frecuencia implica una crisis que impacta sistémicamente a cada uno de sus miembros (Téllez, 2007).

De forma directa o indirecta, la presencia de la enfermedad se ve reflejada en las esferas afectiva, física, económica y social de la familia. Se han estudiado y considerado las respuestas adaptativas de la familia para enfrentar a la enfermedad. Algunas familias, a partir del manejo que dan a dicha situación crítica, logran crecer y fortalecerse; otras integran el síntoma como un elemento homeostático que favorece el equilibrio del sistema. Estas últimas favorecen la permanencia y cronificación de la enfermedad, produciéndose un círculo vicioso que hace más severa la crisis y dificulta su manejo (Kornblit, 1996).

Definitivamente, para poder estudiar a la familia en el contexto de la enfermedad, debe cambiarse la lente de su estudio, y así pasar de un modelo lineal a una perspectiva sistémica (Auerswald, 1986). Desde este enfoque, se conceptualiza a la familia como un sistema vivo, formado por sus elementos y por las relaciones entre estos. Todo sistema tiene una estructura que determina su funcionamiento y evolución en el tiempo (von Bertalanffy, 1968/1991).

Sin duda, en cualquier familia hay problemas, los que sistémicamente se estudian de un modo relacional; de aquí que la persona que muestra el síntoma –en este caso la hipertensión arterial– sigue teniendo una relación con alguien más o con el mundo en general. Si la familia es el contexto natural para crecer y desarrollarse, también puede serlo para estancarse y sufrir (Minuchin, 2004).

Dentro del enfoque sistémico se sostiene que la conducta inusual o anormal por parte de alguno de los miembros de la familia puede relacionarse con problemas del interior de la organización familiar, la cual posee un complejo equilibrio.

Esto es, el dolor que experimenta uno de los miembros es en ocasiones tolerado e incluso fomentado inadvertidamente por el resto de la familia; por ende, las relaciones entre los miembros familiares deben constituir el enfoque central del tratamiento. Si se reconoce que las relaciones con la familia primaria pueden funcionar como una valiosa fuente curativa, las posibilidades de éxito en la no cronicidad del síntoma serían significativas (Onnis, 1996).

La familia no es tan sólo un conjunto de individuos que se relacionan entre sí, sino también una unidad que posee un significado emocional. El todo supera la suma de las partes, es decir, los individuos que conforman la familia.

La conducta y manera de ser de cada individuo reflejan la influencia del sistema familiar y, a su vez, influyen en dicho sistema. Los patrones al interior de la familia provienen de generaciones anteriores y sientan las bases para las generaciones futuras (Bowen, 1991).

La enfermedad que tiende a la cronicidad o que incluso se convierte en terminal favorece que el paciente sea etiquetado, lo que afectará el tipo de relación interpersonal con los demás miembros de la familia y con su medio en general.

Dicha relación puede evolucionar hasta llegar a situaciones de estrés crónico que lentamente pueden ocasionar el deterioro familiar, pues durante el proceso de enfermedad la familia sufre de igual manera que el paciente, por lo que indiscutiblemente es necesario no perder de vista a la familia como red de apoyo y en el proceso de recuperación, y esto, sin duda, a partir del trabajo multidisciplinario en el campo de la salud (Pérez y Díaz, 2006).

De aquí la importancia de evaluar el funcionamiento familiar, lo que permitirá conocer los recursos y limitaciones que tiene el propio sistema familiar, y en ello se incluye la capacidad para resolver problemas, la comunicación, el establecimiento de límites, el involucramiento afectivo entre sus miembros y el manejo de las dificultades, la unión y el apoyo.

Capítulo III. Hipótesis y Variables

A. Hipótesis de investigación

Hi: “Si existe correlación entre los factores emocionales y la hipertensión arterial esencial que presentan los pacientes de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar”

Ho: “No existe correlación entre los factores emocionales y la hipertensión arterial esencial que presentan los pacientes de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar”

Ha: “Existe correlación entre factores emocionales específicos y la hipertensión arterial esencial que presentan los pacientes de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar”

B. Hipótesis específicas

1. “Si existe correlación entre el factor emocional estrés y la presión arterial sistólica”.
2. “Si existe correlación entre el factor emocional estrés y la presión arterial diastólica”.
3. “Si existe correlación entre el factor emocional rasgo de ira y la presión arterial sistólica”.
4. “Si existe correlación entre el factor emocional rasgo de ira y la presión arterial diastólica”.
5. “Si existe correlación entre el factor emocional índice de expresión de ira y la presión arterial sistólica”.
6. “Si existe correlación entre el factor emocional índice de expresión de ira y la presión arterial diastólica”.
7. “Si existe correlación entre el factor emocional ansiedad y la presión arterial sistólica”.
8. “Si existe correlación entre el factor emocional ansiedad y la presión arterial diastólica”.
9. “Si existe correlación entre el factor emocional depresión y la presión arterial sistólica”.
10. “Si existe correlación entre el factor emocional depresión y la presión arterial diastólica”.

C. Definición de variables

❖ **Variable Independiente: Factores emocionales.**

Se refiere a los procesos responsables de mantener la capacidad de resistencia biológica y psicológica que permiten que el sujeto ejecute con eficacia las reacciones cognitivo conductuales para su ajuste personal con hondas repercusiones en su salud y bienestar (Núñez y Tobón (2005 a y b) y Flórez (2007)).

❖ **Variable Dependiente: Hipertensión arterial.**

Elevación mantenida de la presión arterial por encima de los niveles normales, una presión sistólica >120 mmHg y una tensión diastólica >80mm Hg (Molina Díaz, 2006).

D. Operacionalización de variables

❖ **Factores emocionales:** los factores emocionales se operacionalizaron a partir de pruebas psicológicas que evalúan estrés, ira, ansiedad y tristeza/depresión como son el Inventario de Estrés, Inventario de Ira Estado Rasgo Staxi-2 y las Escalas de Ansiedad y Depresión de Beck.

Indicadores: presencia o ausencia de estrés, ira, ansiedad y depresión.

❖ **Hipertensión arterial:** se operacionalizó a través de los niveles de presión arterial registrados por el tensiómetro.

Indicadores: presencia o ausencia de altos niveles de presión arterial los cuales pueden encontrarse entre >120mmHg/ > 80mmHg (**ver anexo #1**).

Capítulo IV. Metodología

A. Tipo de estudio

El diseño de investigación fue no experimental, ya que no se manipuló la variable independiente y se llevó a cabo con participantes en su ambiente natural, es de tipo transversal ya que se realizó en un periodo determinado, durante los años 2016 y 2017.

La investigación de acuerdo a su alcance fue de tipo correlacional y descriptiva, se contó con un grupo único con dos variables, ya que se tuvo como finalidad relacionar las variables correspondientes a los factores emocionales y a la hipertensión arterial esencial, lo que permitió cuantificar y analizar dicha relación. Según su enfoque el estudio fue cuantitativo, debido a que este enfoque permite tener distintas perspectiva de la problemática para ampliar y profundizar en las variables, de manera que se puedan aprovechar al máximo los datos recolectados.

B. Población y muestra

La población que participó en la investigación fueron personas de clase social media baja, en su mayoría baja, que habían sido diagnosticadas como hipertensos y que asistían a las unidades comunitarias de salud familiar (UCSF) de los municipios de Ayutuxtepeque y Cantón Zacamil.

La muestra fue seleccionada mediante el método no probabilístico-intencional, los criterios de inclusión fueron los siguientes: 1) personas diagnosticadas con hipertensión arterial primaria, 2) con edades entre 45 y 65 años, 3) que desearan participar en el estudio voluntariamente y 4) con medicación, pero sin control de la hipertensión (descompensados). Se tomó una muestra homogénea entre hombres y mujeres, el total de la muestra estuvo conformado por 50 participantes, 25 participantes por UCSF, en su mayoría del género femenino.

C. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

❖ Método

- ✓ Observación: cuyo objetivo fue recolectar la información necesaria para ampliar los datos de investigación, esta se realizó a cada participante.

❖ **Técnica**

- ✓ Entrevista: se realizó de manera individual a cada uno de los participantes, con el fin de conocer la experiencia a partir de haber sido diagnosticado como hipertenso/a.

❖ **Instrumentos:**

- ✓ Guía de entrevista a participantes: el equipo investigador elaboró una guía de entrevista semi estructurada que consta de 14 ítems, con la cual se obtuvo información sobre la vivencia que cada participante ha tenido desde el momento del diagnóstico de la hipertensión y cómo éste se ha ido manteniendo y/o evolucionando **(Ver anexo #2)**.
- ✓ Guía de observación: se elaboraron guías de observación dirigidas a registrar las conductas de los participantes, durante las intervenciones individuales. Esta guía de observación está compuesta por seis apartados, los cuales son: apariencia física, expresión facial, movimiento corporal, emocionalidad, lenguaje e interacción con las psicólogas **(Ver anexo #3)**.
- ✓ Batería de pruebas psicológicas: se aplicó una batería de pruebas para evaluar estrés, ira, ansiedad y depresión
 - Inventario de Estrés ¿Cuánto estrés tengo? es una prueba tipo cuestionario que consta de 96 ítems, con opciones de respuesta tipo Likert, dicho inventario evalúa el estrés individual en contextos normales de vida, está dividido en seis ámbitos, los cuales son: estilo de vida, ambiente, síntomas, empleo/ocupación, relaciones y personalidad ⁴. **(Ver anexo #4)**.
 - Inventario de expresión de ira estado-rasgo (Staxi-2): mide de forma concisa la experiencia, la expresión y el control de la ira. Consta de 49 ítems tipo Likert, organizados en seis escalas y cinco subescalas y un Índice de expresión de ira que ofrece una medida general de la expresión y control de la misma. Los índices de validez del STAXI-2, se determinaron partiendo de una muestra de 1,173 españoles (889 mujeres y 284 hombres) con una correlación test-retest de 0.71 y el coeficiente alpha de Cronbach de 0.89 para la escala de Estado de Ira y de 0.82 para el Rasgo de Ira, la escala de Expresión de Ira, obtuvo 0.69 (Miguel-Tobal, et al., 2001). **(Ver anexo #5)**.

Julián Melgosa, (1994), Sin estrés, Madrid, España, Editorial Safeliz, S.L.

- Inventario de ansiedad de Beck (BAI, 1988): cuestionario que consta de 21 ítems que tiene por objetivo valorar la intensidad de la ansiedad, aplicable en adultos y adolescentes, con opciones múltiples de respuesta. Este inventario describe los síntomas emocionales, fisiológicos y cognitivos de la ansiedad.
Se realizó su validación con una población de 160 personas, desde la perspectiva de validez el BAI tiene un coeficiente satisfactorio de 0.51 de validez convergente con el HARS. (Beck, Epstein, Brown y Steer, 1998) **(Ver anexo #6)**.
- Inventario de Depresión de Beck (DBI): es un cuestionario que consta de 21 ítems los cuales presentan opciones múltiples de respuesta por cada pregunta, mide la severidad de depresión. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones, síntomas físicos como fatiga, sueño, etc. Se presentan datos sobre validez de la traducción española de la versión de 1978 del Inventario para la Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) obtenidos con una muestra de 1393 estudiantes universitarios, los índices de validez convergente del inventario con respecto a la Escala Autoaplicada de la Depresión de Zung (ZungSelf-Rating DepressionScale; Zung, 1965) fueron altos, con correlaciones que oscilaban entre 0,68 y 0,89 para dos subgrupos diferentes de la muestra total. La validez discriminante del BDI respecto a diversos rasgos específicos de ansiedad medidos con autoinformes (ansiedad social, evaluativa, interpersonal y a los exámenes) fue aceptable, con correlaciones relativamente bajas que oscilaban entre 0,11 y 0,45. **(Ver anexo #7)**
- ✓ Tensiómetro: aparato que se utiliza para medir la presión arterial, generalmente es utilizado por el personal médico. Se compone de un sistema de brazalete hinchable, más un manómetro (medidor de la presión) y un estetoscopio para reconocer de forma clara el intervalo de los sonidos de KorotKoff (sistólico y diastólico).

D. Procedimientos de recolección de datos

Para realizar la presente investigación fue necesario tomar en cuenta una serie de procedimientos que darían forma al proceso, entre los que se encuentran:

1. Presentación del tema al departamento de psicología: se elaboró una propuesta de tema de investigación y se presentó al docente coordinador del proceso de grado para su revisión y aprobación (**Ver anexo #8**)
2. Contacto con las Unidades de salud: Se estableció el primer contacto con los directores de las unidades de salud de los municipios de Ayutuxtepeque y Zacamil, para solicitar el permiso de realizar la investigación en dichas instituciones, los cuales informaron del proceso a seguir para obtener el permiso oficial por parte de la Dirección Regional de salud (**Ver anexo #9**)
3. Se elaboró el anteproyecto de investigación: habiendo recibido la aprobación del tema, las investigadoras procedieron a la elaboración del anteproyecto para lo cual hicieron una revisión bibliográfica a profundidad que sustentara lo que se pretendía estudiar, así como el desarrollo de las hipótesis y de la metodología con que se desarrolló el estudio, describiendo a su vez el cronograma de actividades a realizar (**Ver anexo #10**) y el presupuesto de gastos de la investigación (**ver anexo #11**)
4. Solicitud de permiso a la Dirección Regional de Salud: posterior a esto, se solicitó el permiso a la Dirección Regional de Salud del área Metropolitana, para lo cual fue necesario presentar el anteproyecto de la investigación y una carta firmada y sellada por el jefe del Departamento de Psicología, solicitando el permiso para que las investigadoras tuvieran acceso a las unidades de salud y a los pacientes, debido a las actividades propias de la unidad de salud mental recibir este permiso tardo más de lo previsto, pero finalmente se recibió la autorización la cual se presentó a los directores de las unidades y se coordinaron los horarios en que se acudiría a las mismas (**ver anexo #12**)
5. Selección de la población y muestra: Una vez aprobado el anteproyecto de investigación y contando con la aprobación de la Dirección Regional de Salud, se seleccionó la población y muestra para la investigación, del universo de pacientes hipertensos atendidos en las unidades de salud, la muestra se conformó con aquellas

personas que cumplieran con los criterios para poder ser incluidos en la misma, los cuales fueron remitidos por el personal médico y de enfermería a quienes las investigadoras explican los criterios de inclusión/exclusión con anterioridad.

6. Elaboración de instrumentos de recolección de información: las pruebas utilizadas para evaluar los factores psicológicos correspondientes a estrés, ira, ansiedad y tristeza/depresión son estandarizadas, por lo que no se tuvieron que elaborar, cada una de estas pruebas presenta diferentes criterios de medida. Además de estas pruebas se realizaron entrevistas individuales por lo que se elaboraron las guías de entrevista dirigidas a los pacientes, así como las guías de observación para registrar la conducta de los mismos durante la entrevista.
7. Validación de los instrumentos de recolección de datos: los instrumentos que se sometieron a validación fueron las guías de entrevistas, que aportaron datos porcentuales de la vivencia de la problemática, la validación consistió en la revisión y aprobación de las mismas por parte de cinco profesionales de la psicología, quienes revisaron y señalaron las modificaciones que creían más convenientes para asegurar la utilidad del instrumento (**Ver anexo #13**)
8. Aplicación de los instrumentos de recolección de datos: luego de contar con la validación se realizó la aplicación de entrevistas y de la batería de pruebas psicológicas a los participantes, esta se desarrolló en una sesión de trabajo de aproximadamente 40 minutos por participante y se realizaron en los centros de salud.
9. Manejo estadístico de los datos: se ingresaron todos los datos en el software estadístico SPSS y se aplicaron pruebas de normalidad a todas las variables, análisis por medio del cual se comprobó que estas no poseen una distribución normal (**Ver anexo #14**), por lo tanto, para efectuar la correlación se utilizó una prueba no paramétrica el Coeficiente de Correlación de Spearman,
10. Presentación y análisis de los datos: se realizó el análisis porcentual de los datos sociodemográficos de la muestra y, de las entrevistas sobre las experiencias de los participantes respecto al origen y mantenimiento de su estado de salud, seguidamente se presentaron los resultados de las correlaciones las cuales no permiten la comprobación de la hipótesis de investigación.

11. Diseño de la propuesta de programa psicoterapéutico: se pretendía elaborar la propuesta de programa psicoterapéutico enfocado en las áreas con mayor relación y niveles de significancia de acuerdo al análisis estadístico, sin embargo y, atendiendo a los resultados donde se encontraron correlaciones muy bajas, se realizó el diseño de la propuesta en base a los resultados cualitativos obtenidos en las entrevistas realizadas a los sujetos, retomando las áreas y problemáticas con mayor porcentaje de presencia para estos.
12. Elaboración del informe final: tras recolectar toda la información y realizar los análisis correspondientes se procedió a la redacción del informe final.
13. Presentación y defensa del informe final: la defensa del trabajo de grado se realizó en la fecha que las autoridades competentes asignaron a las investigadoras.

Capítulo V. Presentación y análisis de resultados

A. Representación gráfica

a) Datos sociodemográficos

Cuadro 1. Género

GÉNERO		
Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	39	78%
Masculino	11	22%
Total	50	100%

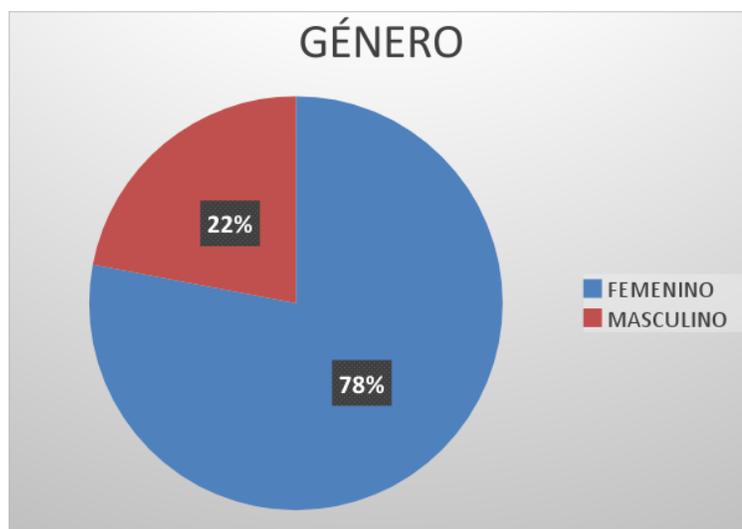


Figura 1. Género

Del total de sujetos evaluados en la presente investigación, la mayoría pertenecen al género femenino conformando el 78% de la población y el 22% restante al género masculino.

Cuadro 2. Edad

EDAD		
Edad	Frecuencia	Porcentaje
45-50	9	18%
51-55	14	28%
56-60	7	14%
61-65	20	40%
Total	50	100%

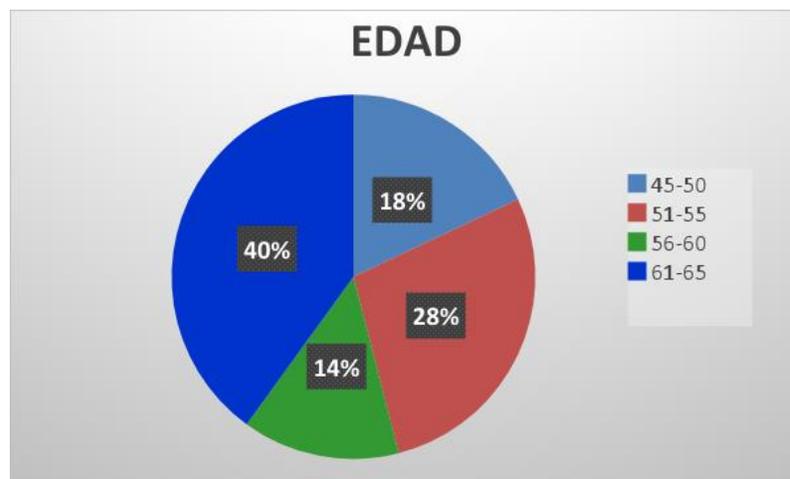


Figura 2. Edad

En cuanto al rango de edad de los sujetos, se obtuvo que el 40% tienen entre 61 a 65 años de edad, el 28% entre 51 a 55 años, el 18% de los sujetos tienen 45 a 50 años y el 14% tienen entre 56 a 60 años.

Cuadro 3. Estado civil

ESTADO CIVIL		
Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero/a	12	24%
Casado/a	32	64%
Viudo/a	4	8%
Divorciado/a	2	4%
Total	50	100%

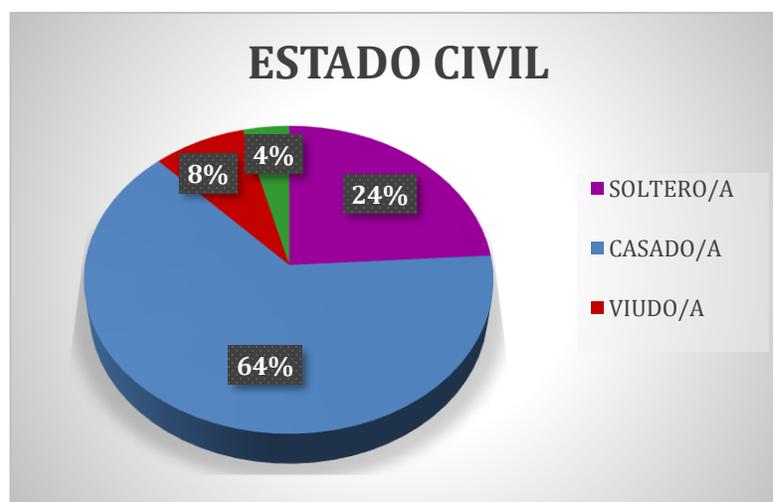


Figura 3. Estado civil

La mayoría de los sujetos evaluados están casados representando un 64% de la población, el 24% son solteros, el 8% son viudos y el 4% son divorciados.

Cuadro 4. Nivel académico

NIVEL ACADÉMICO		
Nivel académico	Frecuencia	Porcentaje
Sin estudio	5	10%
Básico	33	66%
Bachiller	8	16%
Técnico	1	2%
Universitario	3	6%
Total	50	100%

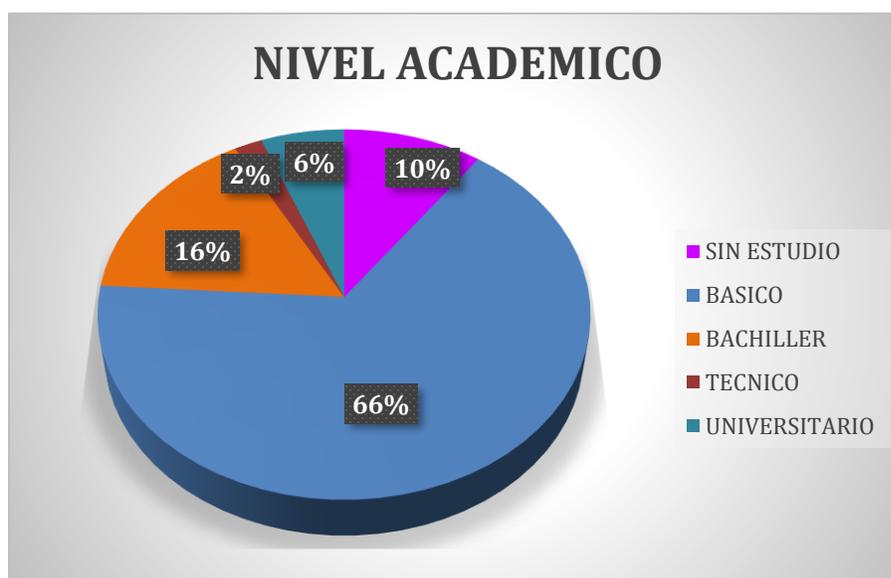


Figura 4. Nivel académico

El nivel académico alcanzado por la mayoría de los participantes es educación básica con 66%, el 16% son bachilleres, el 10% no poseen ningún estudio, sólo el 6% tiene una formación universitaria y el 2% restante tienen estudios técnicos.

Cuadro 5. Estado laboral

ESTADO LABORAL		
Estado laboral	Frecuencia	Porcentaje
Empleado	8	16%
Desempleado	21	42%
Emprendedor	18	36%
Pensionado	3	6%
Total	50	100%

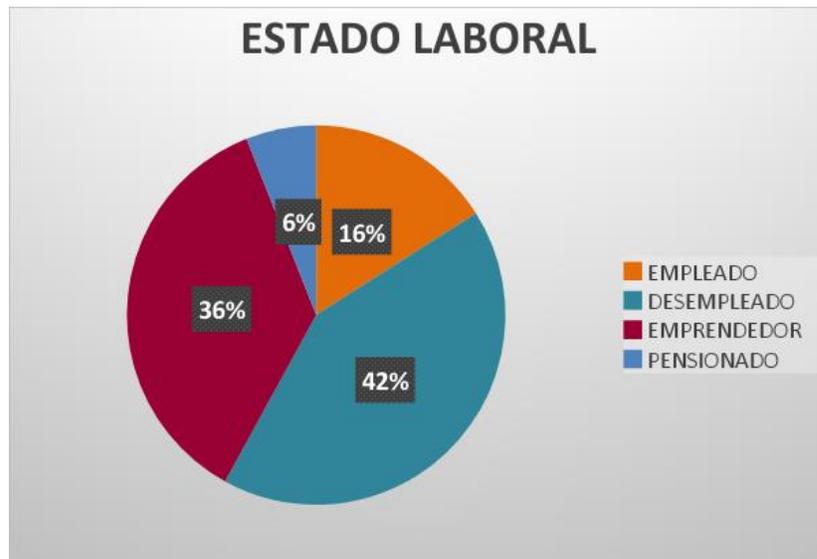


Figura 5. Estado laboral

En cuanto a su estado laboral, el 42% de los sujetos está desempleado, el 36% son emprendedores desarrollando pequeños negocios en casa, el 16% está empleado y el 6% son pensionados.

Cuadro 6. Número de hijos

NÚMERO DE HIJOS		
Nº de hijos	Frecuencia	Porcentaje
0 a 2	15	30%
3 a 5	30	60%
6 a 8	5	10%
Total	50	100%

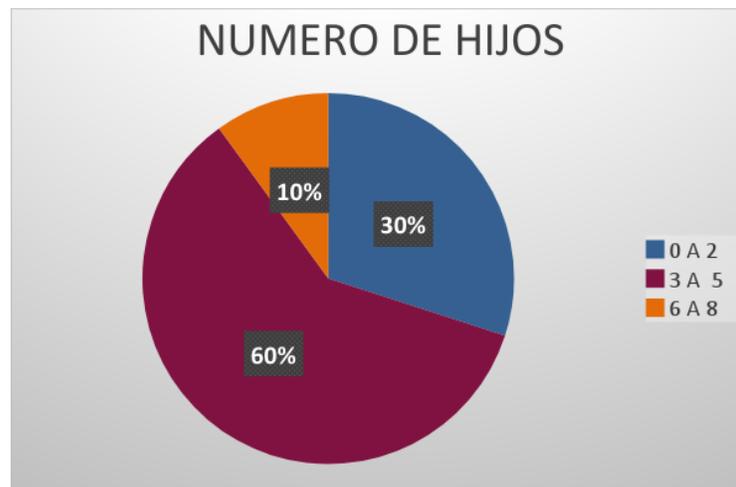


Figura 6. Número de hijos

La mayoría de la población tiene de 3 a 5 hijos conformando el 60%, el 30% tienen entre 0 y 2 hijos y el 10% tienen de 6 a 8 hijos.

b) Correlación entre las variables

Hipótesis específica 1

“Si existe correlación entre el factor emocional estrés y la presión arterial sistólica”.

Cuadro 7. Estrés y presión arterial sistólica

			ESTRES	PRESION ARTERIAL SISTOLICA
Rho de Spearman	ESTRES	Coeficiente de correlación	1.000	.213
		Sig. (bilateral)	.	.138
		N	50	50
	PRESION ARTERIAL SISTOLICA	Coeficiente de correlación	.213	1.000
		Sig. (bilateral)	.138	.
		N	50	50

Al correlacionar el factor emocional estrés y la presión arterial sistólica utilizando el estadístico de Coeficiente de Correlación de Spearman, se obtuvo un indicador de: Rho (coeficiente de correlación) = 0.213 demostrando que existe una correlación baja entre estrés y presión arterial sistólica, y un p valor (nivel de significancia) = 0.138 el cual no es significativo por ser mayor al margen de error del 5% establecido, por tanto, se rechaza la hipótesis específica 1.

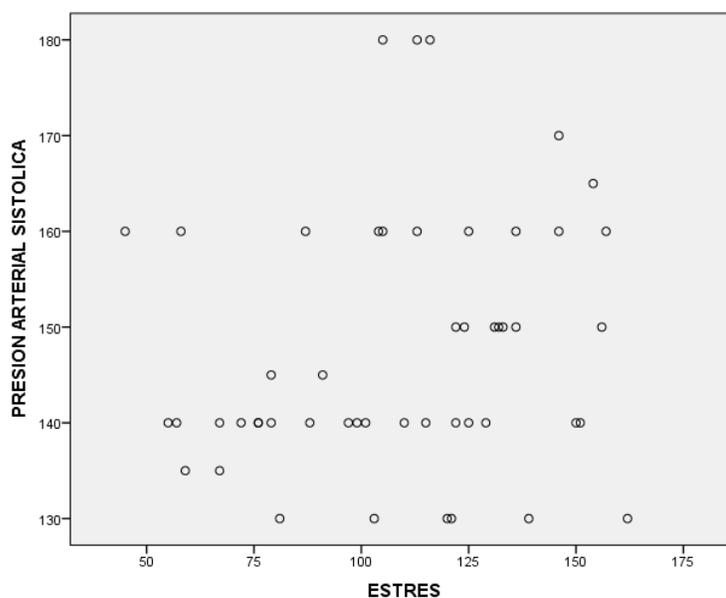


Figura.7 Estrés y presión sistólica

Hipótesis específica 2

“Si existe correlación entre el factor emocional estrés y la presión arterial diastólica”.

Cuadro 8. Estrés y presión arterial diastólica

			ESTRES	PRESION ARTERIAL DIASTOLICA
Rho de Spearman	ESTRES	Coefficiente de correlación	1.000	.208
		Sig. (bilateral)	.	.147
		N	50	50
	PRESION ARTERIAL DIASTOLICA	Coefficiente de correlación	.208	1.000
		Sig. (bilateral)	.147	.
		N	50	50

Al realizar la correlación entre las variables estrés y presión arterial diastólica se obtuvo un valor de $Rho = 0.208$ lo que indica que hay una correlación baja entre estas variables, y un p valor = 0.147 el cual no es significativo por ser mayor al margen de error del 5% establecido, por tanto, se rechaza la hipótesis específica 2.

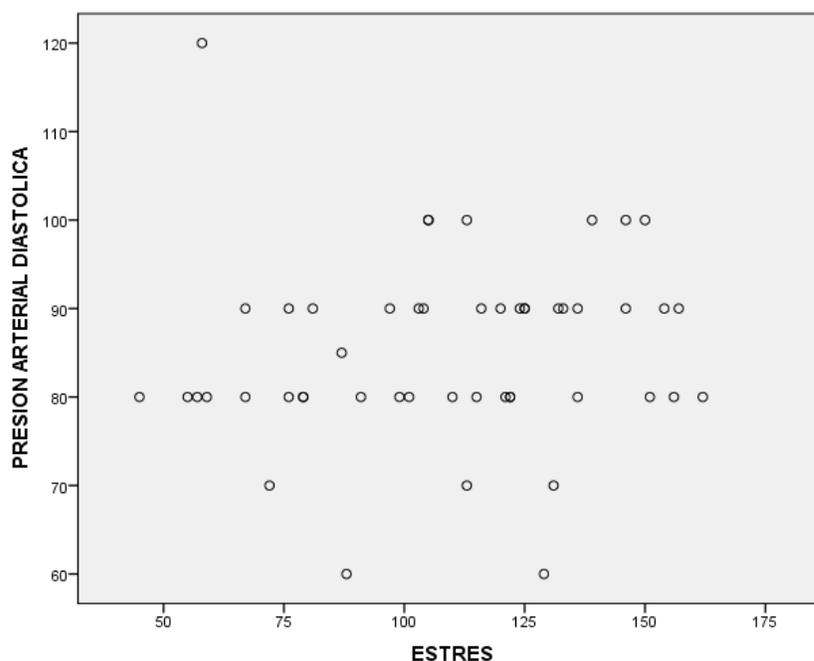


Figura.8 Estrés y presión diastólica

Hipótesis específica 3

“Si existe correlación entre el factor emocional rasgo de ira y la presión arterial sistólica”.

Cuadro 9. Ira rasgo y presión arterial sistólica

			RASGO DE IRA	PRESION ARTERIAL SISTOLICA
Rho de Spearman	RASGO DE IRA	Coefficiente de correlación	1.000	.017
		Sig. (bilateral)	.	.906
		N	50	50
	PRESION ARTERIAL SISTOLICA	Coefficiente de correlación	.017	1.000
		Sig. (bilateral)	.906	.
		N	50	50

Al correlacionar las variables rasgo de ira y presión arterial sistólica se obtuvo un valor en $Rho = 0.017$ señalando así que existe una correlación muy baja entre este factor emocional y la presión arterial sistólica y un p valor = 0.906, el cual no es significativo por ser mayor al margen de error del 5% establecido, por tanto, se rechaza la hipótesis específica 3.

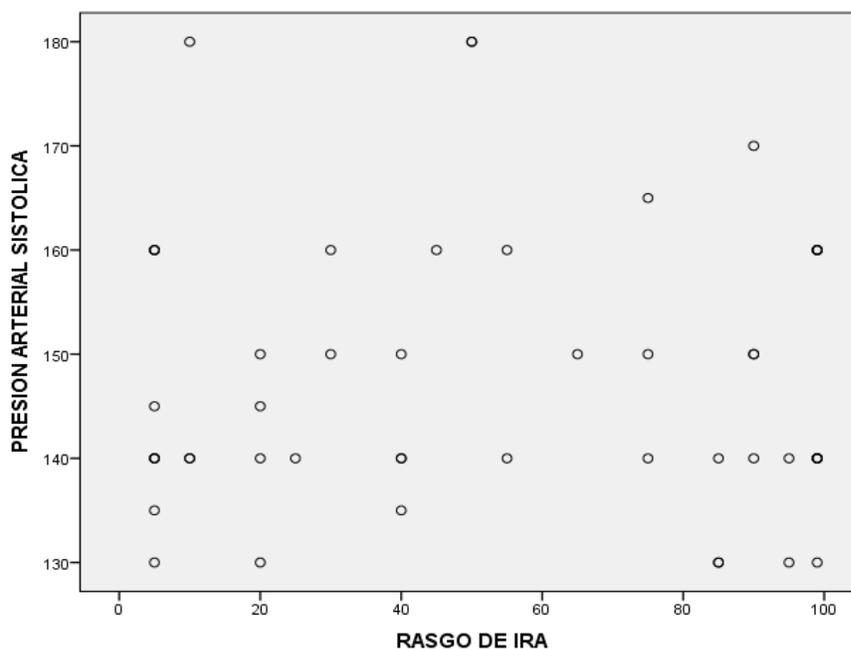


Figura 9. Rasgo de ira y presión sistólica

Hipótesis específica 4

“Si existe correlación entre el factor emocional rasgo de ira y la presión arterial diastólica”.

Cuadro 10. Ira rasgo y presión arterial diastólica

			RASGO DE IRA	PRESION ARTERIAL DIASTOLICA
Rho de Spearman	RASGO DE IRA	Coefficiente de correlación	1.000	.062
		Sig. (bilateral)	.	.669
		N	50	50
	PRESION ARTERIAL DIASTOLICA	Coefficiente de correlación	.062	1.000
		Sig. (bilateral)	.669	.
		N	50	50

De la correlación entre el factor emocional rasgo de ira y la presión arterial diastólica se obtuvieron los siguientes resultados; un valor de Rho= 0.062 mostrando así que hay una correlación muy baja entre el factor emocional rasgo de ira y la presión arterial diastólica, y un p valor=0.669 el cual no es significativo por ser mayor al margen de error del 5% establecido, por tanto, se rechaza la hipótesis específica 4.

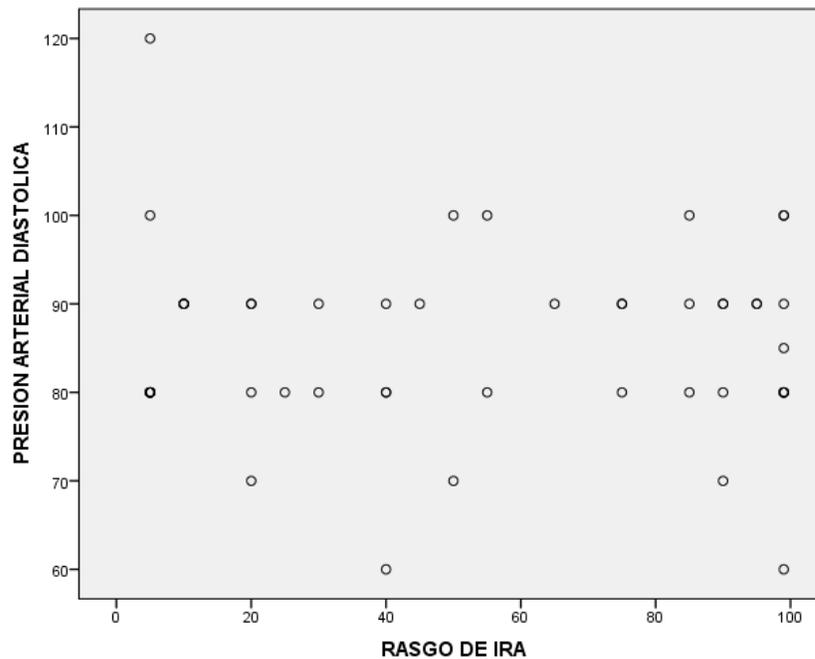


Figura 10. Rasgo de ira y presión arterial diastólica

Hipótesis específica 5

“Si existe correlación entre el factor emocional índice de expresión de ira y la presión arterial diastólica”.

Cuadro 11. Índice de expresión de ira y presión arterial sistólica

			INDICE DE EXPRESION DE IRA	PRESION ARTERIAL SISTOLICA
Rho de Spearman	INDICE DE EXPRESIÓN DE IRA	Coefficiente de correlación	1.000	.090
		Sig. (bilateral)	.	.535
		N	50	50
	PRESION ARTERIAL SISTOLICA	Coefficiente de correlación	.090	1.000
		Sig. (bilateral)	.535	.
		N	50	50

En la correlación del índice de expresión de ira y la presión arterial sistólica el valor de Rho es igual a 0.090 indicando así una correlación muy baja entre índice de expresión de ira y la presión arterial sistólica y el p valor=0.535 el cual no es significativo por ser mayor al margen de error del 5% establecido, por tanto, se rechaza la hipótesis específica 5.

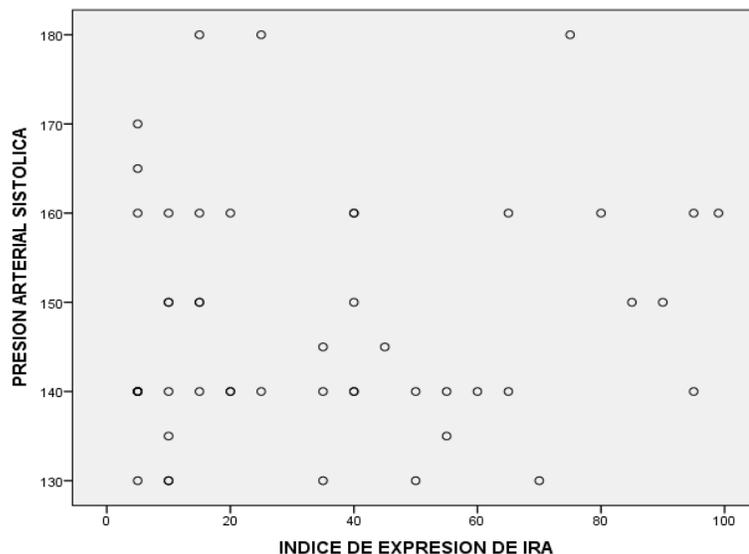


Figura 11. Índice de expresión de ira y presión arterial sistólica

Hipótesis específica 6

“Si existe correlación entre el factor emocional índice de expresión de ira y la presión arterial diastólica”.

Cuadro 12. Índice de expresión de ira y presión arterial diastólica

			INDICE DE EXPRESIÓN DE IRA	PRESION ARTERIAL DIASTOLICA
Rho de Spearman	INDICE DE EXPRESIÓN DE IRA	Coefficiente de correlación	1.000	.027
		Sig. (bilateral)	.	.853
		N	50	50
	PRESION ARTERIAL DIASTOLICA	Coefficiente de correlación	.027	1.000
		Sig. (bilateral)	.853	.
		N	50	50

Al correlacionar el índice de expresión de ira y la presión arterial diastólica el valor de Rho es igual a 0.027 lo que indica una correlación muy baja entre índice de expresión de ira y la presión arterial diastólica, y el p valor=0.853 el cual no es significativo por ser mayor al margen de error del 5% establecido, por tanto, se rechaza la hipótesis específica 6.

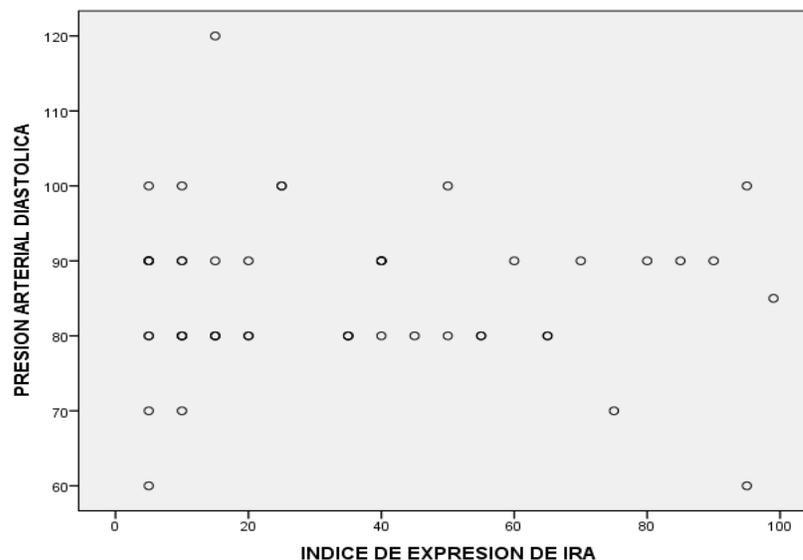


Figura 12. Índice de expresión de ira y presión arterial diastólica

Hipótesis específica 7

“Si existe correlación entre el factor emocional ansiedad y la presión arterial sistólica”.

Cuadro 13. Ansiedad y presión arterial sistólica

			ANSIEDAD	PRESION ARTERIAL SISTOLICA
Rho de Spearman	ANSIEDAD	Coefficiente de correlación	1.000	.030
		Sig. (bilateral)	.	.839
		N	50	50
	PRESION ARTERIAL SISTOLICA	Coefficiente de correlación	.030	1.000
		Sig. (bilateral)	.839	.
		N	50	50

Al efectuar la correlación entre el factor emocional ansiedad y presión arterial sistólica se obtuvo un valor de $Rho = 0.030$ que evidencian una correlación muy baja entre la ansiedad y la presión arterial sistólica, y un p valor = 0.839 el cual no es significativo por ser mayor al margen de error del 5% establecido, por tanto, se rechaza la hipótesis específica 7.

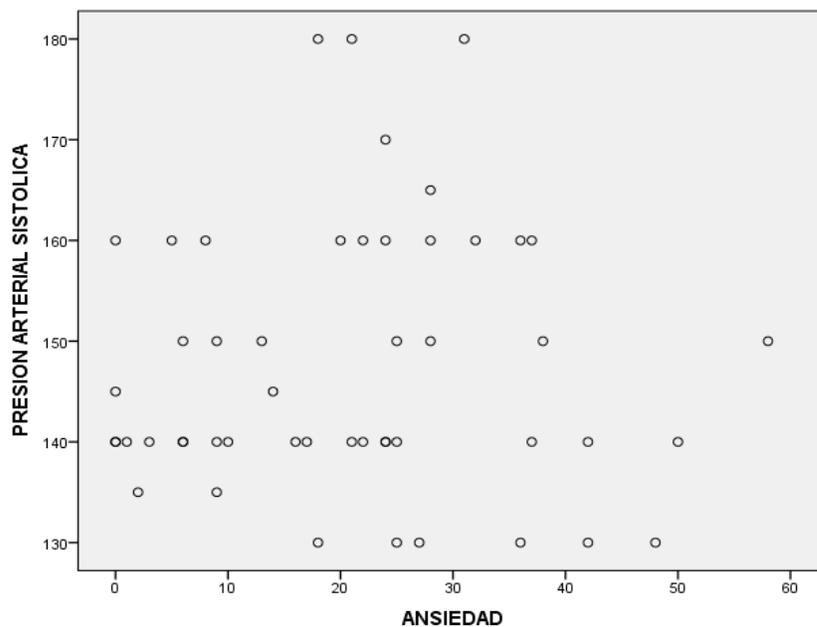


Figura 13. Ansiedad y presión arterial sistólica

Hipótesis específica 8

“Si existe correlación entre el factor emocional ansiedad y la presión arterial diastólica”.

Cuadro 14. Ansiedad y presión arterial diastólica

			ANSIEDAD	PRESION ARTERIAL DIASTOLICA
Rho de Spearman	ANSIEDAD	Coefficiente de correlación	1.000	.094
		Sig. (bilateral)	.	.518
		N	50	50
	PRESION ARTERIAL DIASTOLICA	Coefficiente de correlación	.094	1.000
		Sig. (bilateral)	.518	.
		N	50	50

Los resultados de la correlación del factor emocional ansiedad y la presión arterial diastólica arrojan un valor de $Rho = 0.094$ por lo tanto, existe una correlación muy baja entre la ansiedad y la presión arterial diastólica, y un p valor= 0.518 el cual no es significativo por ser mayor al margen de error del 5% establecido, por tanto, se rechaza la hipótesis específica 8.

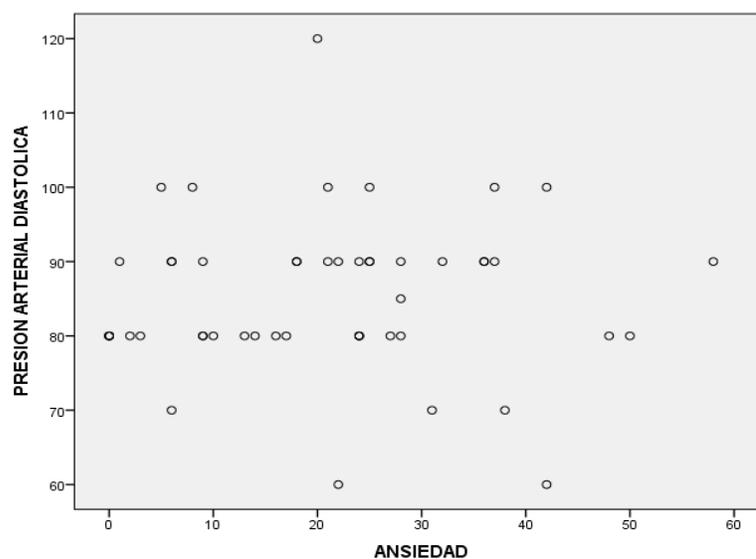


Figura 14. Ansiedad y presión arterial diastólica

“Si existe correlación entre el factor emocional depresión y la presión arterial diastólica”.

Cuadro 16. Depresión y presión arterial diastólica

			DEPRESIÓN	PRESION ARTERIAL DIASTOLICA
Rho de Spearman	DEPRESIÓN	Coeficiente de correlación	1.000	-.156
		Sig. (bilateral)	.	.278
		N	50	50
	PRESION ARTERIAL DIASTOLICA	Coeficiente de correlación	-.156	1.000
		Sig. (bilateral)	.278	.
		N	50	50

Al realizar la correlación entre el factor emocional depresión y la presión arterial diastólica el estadístico expresa un valor de $Rho=0.156$ evidenciando que hay correlación negativa muy baja entre las variables, y un p valor= 0.278 el cual no es significativo por ser mayor al margen de error del 5% establecido, por tanto, se rechaza la hipótesis específica 10.

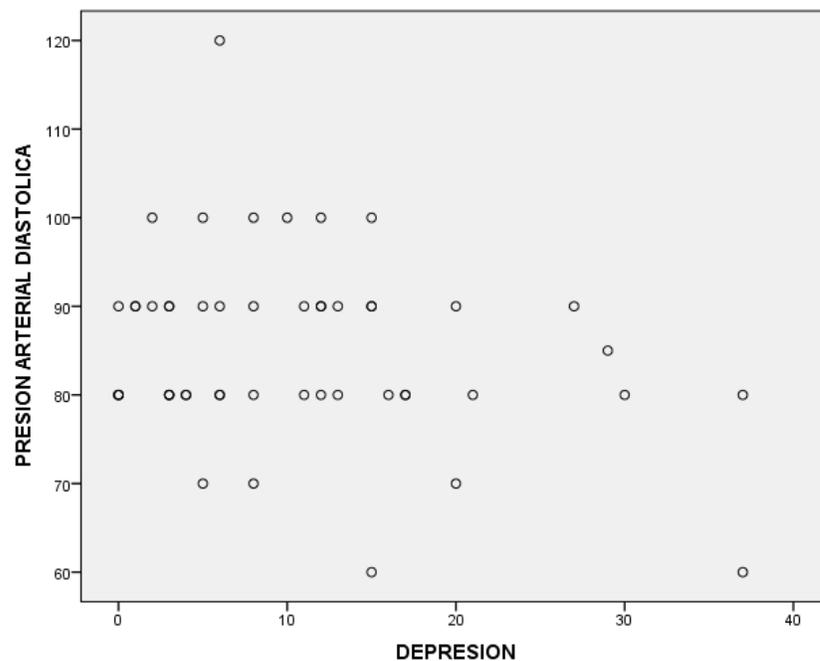


Figura 16. Depresión y presión arterial diastólica

c) Resultados de la entrevista

Cuadro 17. Tiempo del diagnóstico

TIEMPO DEL DIAGNÓSTICO		
Preg. 1	Frecuencia	Porcentaje
Menos de un año	5	10%
1 a 5 años	19	38%
6 a 10 años	13	26%
11 a 15 años	8	16%
16 a 20 años	1	2%
21 a 25 años	1	2%
26 a 30 años	3	6%
Total	50	100%

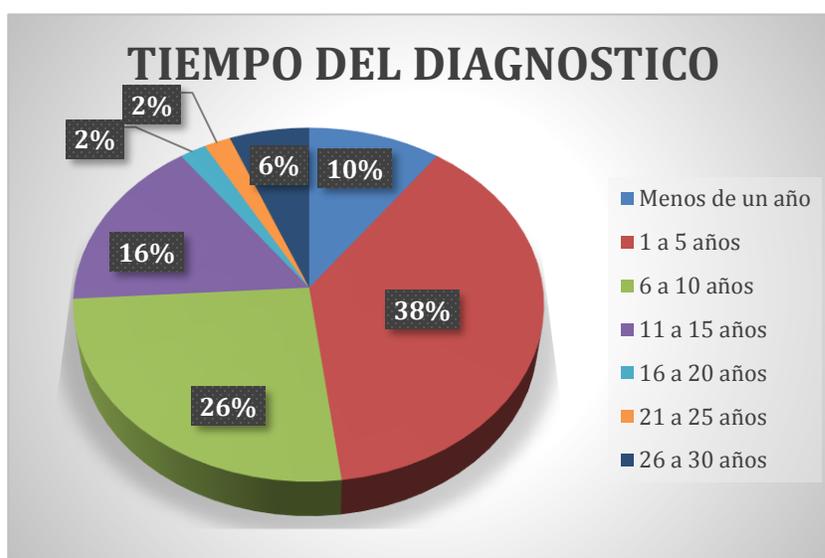


Figura 17. Tiempo del diagnóstico

En relación al tiempo de haber sido diagnosticados, el mayor porcentaje de los sujetos evaluados se encuentra en el rango entre uno a cinco años con un 38%, seguido por un 26% que corresponde al rango entre seis a diez años, un 16% de la muestra fue diagnosticado hace 11 a 15 años, el 10% recibió su diagnóstico hace menos de un año, mientras que el 6% fue diagnosticado hace 26 a 30 años y un 2% de la población fue diagnosticado hace 16 a 20 años y, otro 2% restante hace 21 a 25 años.

Cuadro 18. Reacción ante el diagnóstico

REACCION ANTE EL DIAGNOSTICO		
Preg. 2	Frecuencia	Porcentaje
Preocupación	22	43%
Restarle Importancia	9	18%
Negación	2	4%
Sorpresa	2	4%
Tristeza	4	8%
Aceptación	2	4%
Ninguna reacción	10	20%
Total	51	100%



Figura 18. Reacción ante el diagnóstico

El 43% de los sujetos reaccionaron con preocupación al recibir su diagnóstico, el 19% no tuvo ninguna reacción, el 18% le restó importancia a su enfermedad, el 8% se sintió triste al conocer su padecimiento, un 4% de los sujetos tuvo un sentimiento de aceptación, otros sujetos fueron sorprendidos con su diagnóstico conformando un 4% de la muestra y el 4% restante adoptó un mecanismo de negación de su padecimiento.

Cuadro 19. Causa de su hipertensión

CAUSA DE SU HIPERTENSION		
Preg. 3	Frecuencia	Porcentaje
Hábitos alimenticios	5	9%
Conflictos Familiares	10	18%
Problemas socioeconómicos	6	11%
Preocupaciones	9	16%
Muerte de Familiares	1	2%
Problemas médicos	5	9%
Herencia	6	11%
Enojo	1	2%
Estrés	2	4%
Edad	1	2%
Exceso de trabajo	1	2%
Desconocimiento	9	16%
Total	56	100%

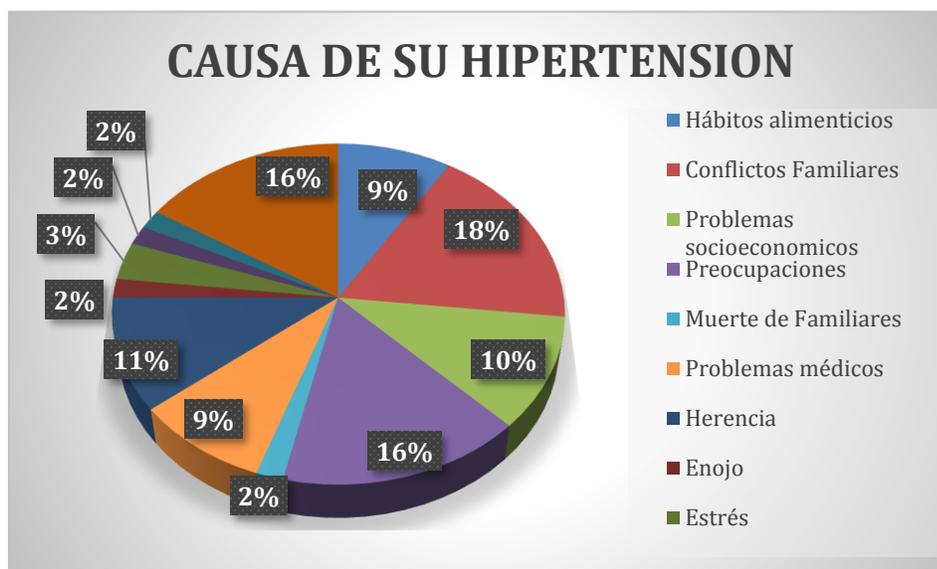


Figura 19. Causa de su hipertensión

En cuanto a la causa de su hipertensión, el 18% de los sujetos la atribuye a conflictos familiares, un 16% a las preocupaciones, mientras que otro 16% de los sujetos desconoce la causa, el 11% lo atribuye a factores hereditarios, el 10% vincula la causa a problemas socioeconómicos, un 9% ubica la causa en sus hábitos alimenticios y otro 9% en sus problemas médicos, el 3% considera el estrés como causa de su enfermedad, 2% de los sujetos indica la edad como la causa, otro 2% lo atribuye al exceso de trabajo y 2% al enojo y un 2% lo atribuye a la muerte de familiares.

Cuadro 20. Hechos relevantes para el diagnostico

HECHOS RELEVANTES PARA EL DIAGNOSTICO		
Preg. 4	Frecuencia	Porcentaje
Problemas económicos	6	10%
Problemas de pareja	6	10%
Enfermedad persona/familiar	8	13%
Muerte de familiares	9	15%
Problemas de trabajo	6	10%
Problemas familiares	6	10%
Separación/Divorcio	4	7%
Depresión	5	8%
Adicciones de familiares	1	2%
Amenazas	1	2%
Nada	8	13%
Total	60	100%

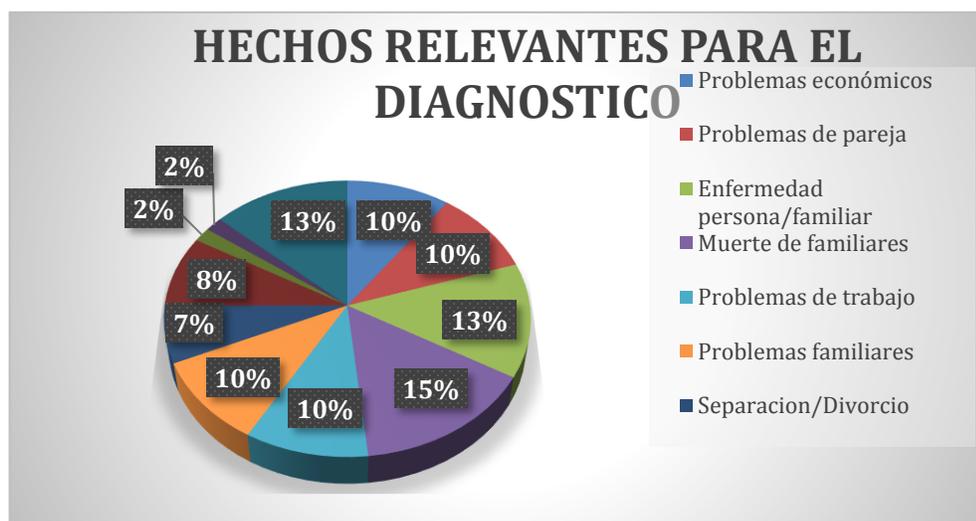


Figura 20. Hechos relacionados al diagnostico

El 15% de los sujetos atravesaban por la muerte de familiares al momento de su diagnóstico, un 13% padecía alguna enfermedad médica o bien la padecía algún familiar, mientras que otro 13% afirma que no sucedía nada relevante al momento de ser diagnosticados, 10% de los sujetos atravesaba por problemas de pareja, otro 10% tenía problemas económicos, otro 10% problemas de trabajo y un 10% más problemas familiares, el 8% de los sujetos vivía una depresión, el 7% una separación y/o divorcio, un 2% sufría amenazas de grupos delictivos y finalmente el 2% restante de los sujetos lidiaba con adicciones de un miembro de su grupo familiar.

Cuadro 21. Áreas afectadas

ÁREAS AFECTADAS		
Preg. 5	Frecuencias	Porcentaje
Salud física	11	21%
Emocional	22	42%
Cognitiva	1	2%
Familiar	1	2%
Sexual	2	4%
Ninguna	15	29%
Total	52	100%

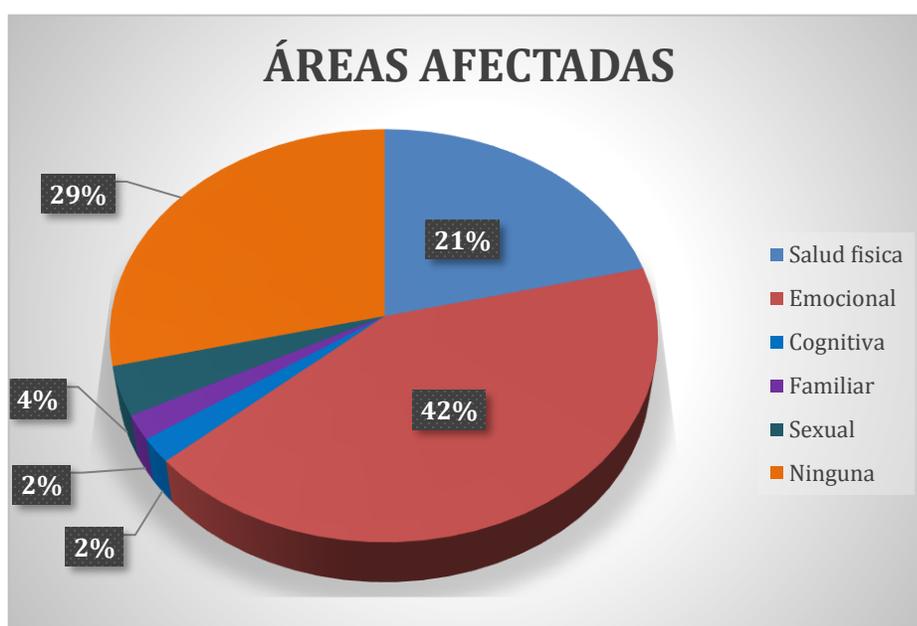


Figura 21. Áreas afectadas

De acuerdo a la opinión de los sujetos evaluados, el área más afectada por su padecimiento es el área emocional con un 42%, el 29% opina que no ha sufrido ninguna afectación, un 21% considera que ha sido más afectada en su salud física, el 4% de los sujetos ha sido afectado en el área sexual, 2% en el área cognitiva y 2% más en el área familiar.

Cuadro 22. Medicamentación

MEDICAMENTACION		
Preg. 6	Frecuencia	Porcentaje
Si	50	100%
No	0	0%
Total	50	100%

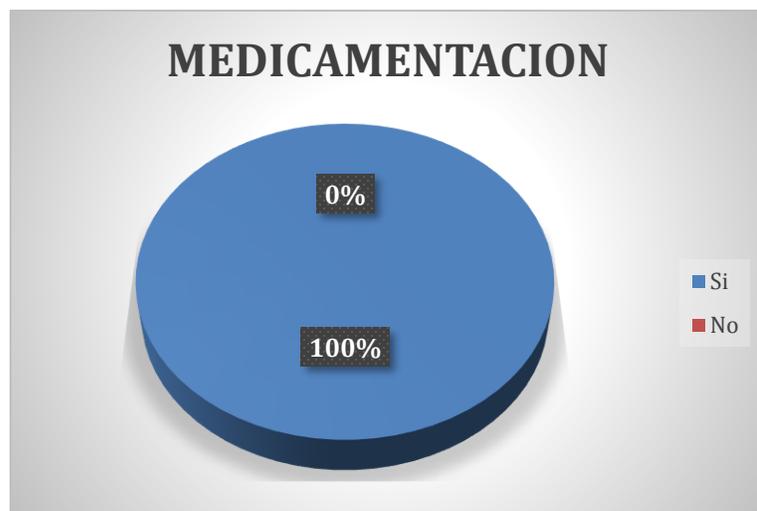


Figura 22. Medicamentación

El 100% de los sujetos evaluados toman medicamentos para controlar su presión arterial.

Cuadro 22.1. Nombre del medicamento

NOMBRE DEL MEDICAMENTO		
Preg. 6	Frecuencia	Porcentaje
Enalapril	33	52%
Losartan	3	5%
Atenolol	5	8%
Propanolol	4	6%
Verapamil	2	3%
Aspirinita	6	10%
Isoptin	2	3%
Amlodipina	2	3%
Irbesartan	1	2%
Adalat	2	3%
Furocemida	2	3%
Hidroclorotizida	1	2%
Total	63	100%

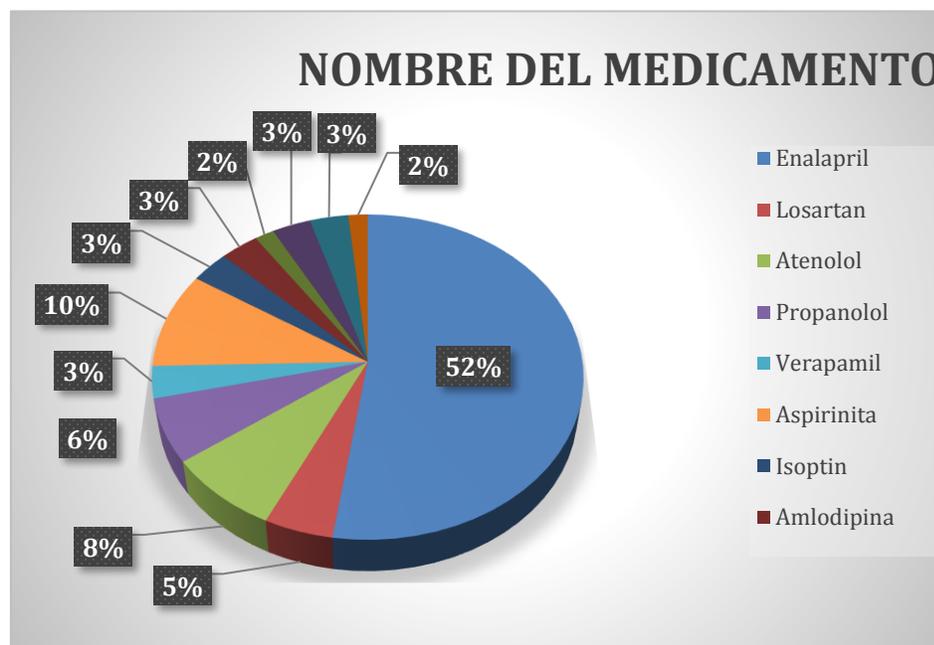


Figura 22.1 Nombre del medicamento

El antihipertensivo más usado por los sujetos es la Enalapril que corresponde al 52%, el 10% toma Aspirinita, el 8% Atenolol, el 6% Propanolol, 5% de los sujetos toma Lorsartan, 3% Verapamil, otro 3% Isoptin, 3% Amlodipina, 3% más toma Adalat, 3% Furocemida, 2% Irbersartan y un 2% restante toma la Hidroclorotizida.

Cuadro 23. Efectos secundarios

EFECTOS SECUNDARIOS		
Preg. 7	Frecuencia	Porcentajes
Tos	9	23%
Resequedad	8	20%
Somnolencia	3	8%
Dolor de Cabeza	3	8%
Alergia en garganta	2	5%
Ansiedad	2	5%
Taquicardia	1	3%
Mareos	1	3%
Adormecimiento	1	3%
Ninguno	10	25%
Total	40	100%

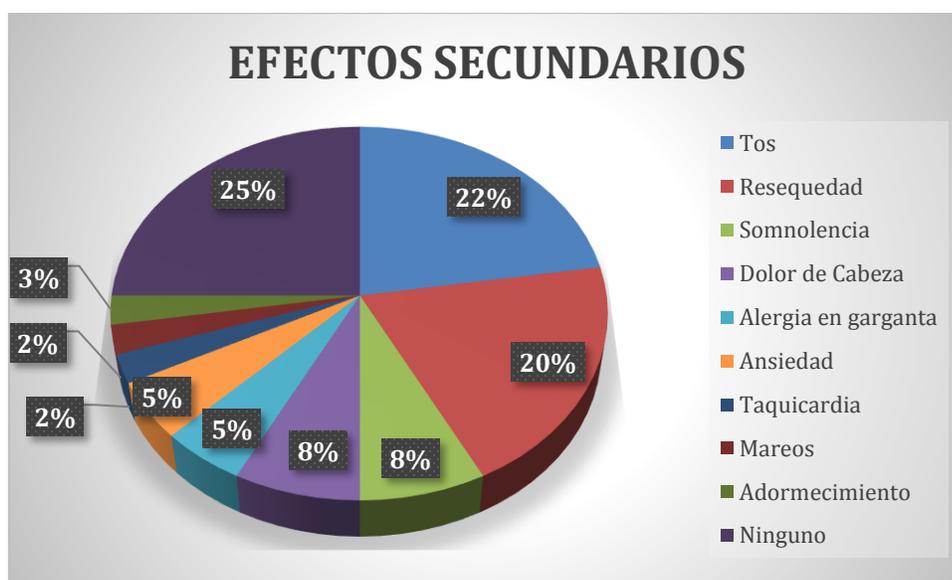


Figura 23. Efectos secundarios

El 25% de los sujetos evaluados asegura que el medicamento no le produce ningún efecto secundario, el 22% asegura que le provoca tos, el 20% resequedad, a un 8% le provoca somnolencia y otro 8% tiene dolores de cabeza, 5% presenta alergia en la garganta y un 5% más tiene ansiedad, 3% tiene adormecimiento, 2% tiene taquicardia y finalmente el 2% restante experimenta mareos.

Cuadro 24. Problemas que les afectan

PROBLEMAS QUE LES AFECTAN		
Preg. 8	Frecuencia	Porcentaje
Prob. familiares	13	20%
Prob. de pareja	4	6%
prob. económicos	17	26%
Enfermedad propia/familiares	9	14%
Inseguridad social	10	15%
Alcoholismo de familiar	2	3%
Hijos en prisión	2	3%
Prob. con vecinos	3	5%
Ninguna	5	8%
TOTAL	65	100%

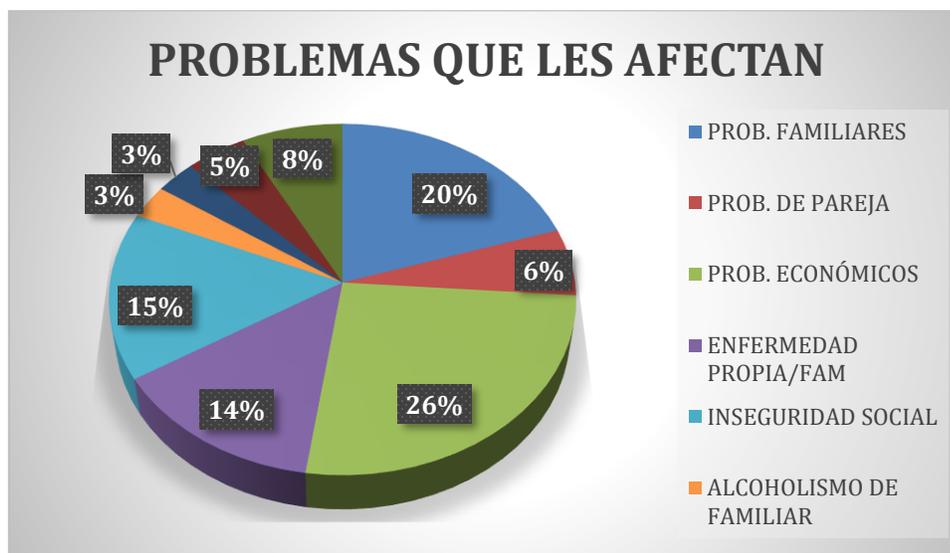


Figura 24. Problemas que les afectan

Al cuestionar a los sujetos sobre las preocupaciones y/o problemáticas que les afectan emocionalmente, el 26% expresa que les afectan sus problemas económicos, el 20% se refiere a los problemas familiares, al 15% les preocupa la inseguridad social, al 14% le preocupa la enfermedad personal o de un familiar, un 8% de los sujetos aseguran que no les afecta ninguna problemática, al 6% les afectan sus problemas de pareja, al 5% problemáticas con vecinos, al 3% le preocupa el alcoholismo de algún familiar y al 3% restante les preocupan sus hijos en prisión.

Cuadro 25. Influencia en la presión arterial

INFLUENCIA EN LA PRESION ARTERIAL		
Pregunta 9	Frecuencia	Porcentaje
Si	45	83%
No	9	17%
TOTAL	54	100%

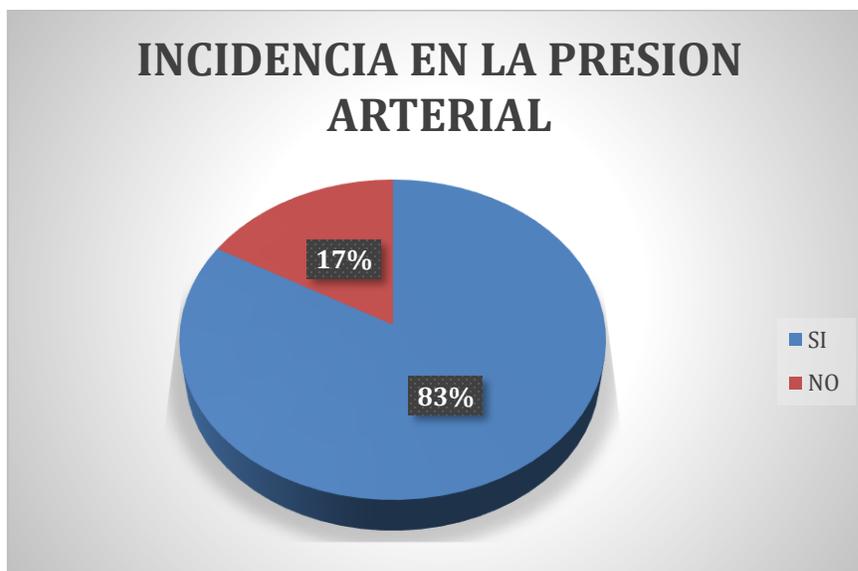


Figura 25. Influencia en la presión arterial

El 83% de los sujetos opina que las situaciones que les preocupan sí influyen en que se eleve su presión arterial, en contraparte el 17% opinan que no influyen.

Cuadro 25.1 Síntomas y estados resultantes

SÍNTOMAS Y ESTADOS RESULTANTES		
Preg. 9.1	Frecuencia	Porcentaje
Preocupación	19	33%
Estrés	10	18%
Dolores físicos	3	5%
Rumiación cognitiva	8	14%
Ansiedad	8	14%
Depresión	2	4%
Taquicardia	1	2%
Insomnio	1	2%
Poco apetito	1	2%
enojo	4	7%
Total	57	100%



Figura 25.1. Síntomas y estados resultantes

El 33% de los sujetos asegura que sienten preocupación, el 18% estrés, 14% entran en una rumiación cognitiva constante, otro 14% tienen ansiedad, el 7% enojo, 5% tienen dolores físicos, 3% se sienten depresivos, 2% de los sujetos presenta taquicardia, 2% más tienen insomnio y finalmente 2% de los sujetos tienen poco apetito.

Cuadro 26. Actitud ante los problemas

ACTITUD ANTE LOS PROBLEMAS		
Preg. 10	Frecuencia	Porcentaje
Buscar alternativas	11	20%
Preocuparse	11	20%
Confiar en dios	7	13%
Evadir los problemas	15	27%
Enojarse	1	2%
Calmarse	7	13%
Entristecerse	1	2%
callar	3	5%
Total	56	100%

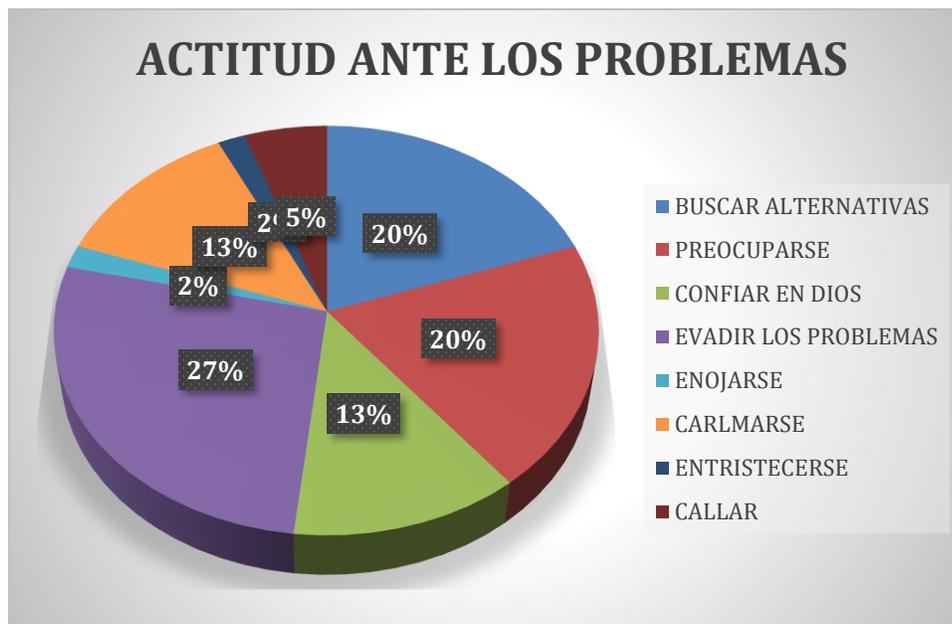


Figura 26. Actitud ante los problemas

Al indagar la actitud que toman los sujetos evaluados ante sus problemas cotidianos, el 27% suele evadir los problemas, el 20% se preocupa, otro 20% busca alternativas a sus problemas, el 13% confía sus problemas a Dios, un 13% más suele calmarse, el 5% calla sus problemas, el 2% se enoja y otro 2% se entristece.

Cuadro 27. Solución de problemas y salud

SOLUCION DE PROBLEMAS Y SALUD		
Preg. 11	Frecuencia	Porcentaje
Si	44	88%
No	1	2%
No he observado	5	10%
Total	50	100%

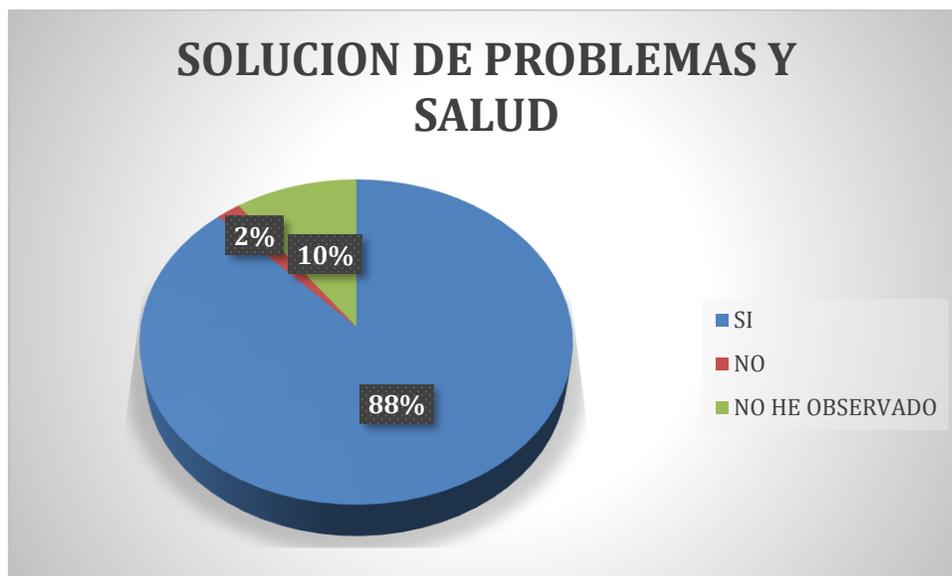


Figura 27. Solución de problemas y salud

El 88% de los sujetos opina que si han notado mejoría en su presión arterial cuando solucionan sus problemas, el 10% afirma que no se ha detenido a observar esta relación y el 2% opina que no.

Cuadro 27.1. Estado resultante

ESTADO RESULTANTE		
Preg. 11.1	Frecuencia	Porcentaje
Relajación	38	76%
Actitud positiva	12	24%
Total	50	100%



Figura 27.1. Estado resultante

El 76% asegura sentirse relajado al resolver un problema estresante y el 24% adopta una actitud positiva.

Cuadro 28. Importancia del apoyo familiar

IMPORTANCIA DEL APOYO FAMILIAR		
Preg. 12	Frecuencia	Porcentaje
Si	48	96%
No	2	4%
Total	50	100%



Figura 28. Importancia del apoyo familiar

El 96% de los sujetos afirma que el apoyo de su familia si es importante para mejorar su estado de salud, mientras que el 4% opina que no lo es.

Cuadro 29. Estados de ánimo frecuentes

ESTADOS DE ANIMO FRECUENTES		
Preg. 13	Frecuencia	Porcentaje
Triste	10	20%
Alegre	21	42%
Enojado	3	6%
Preocupado	2	4%
Fluctuante	14	28%
Total	50	100%

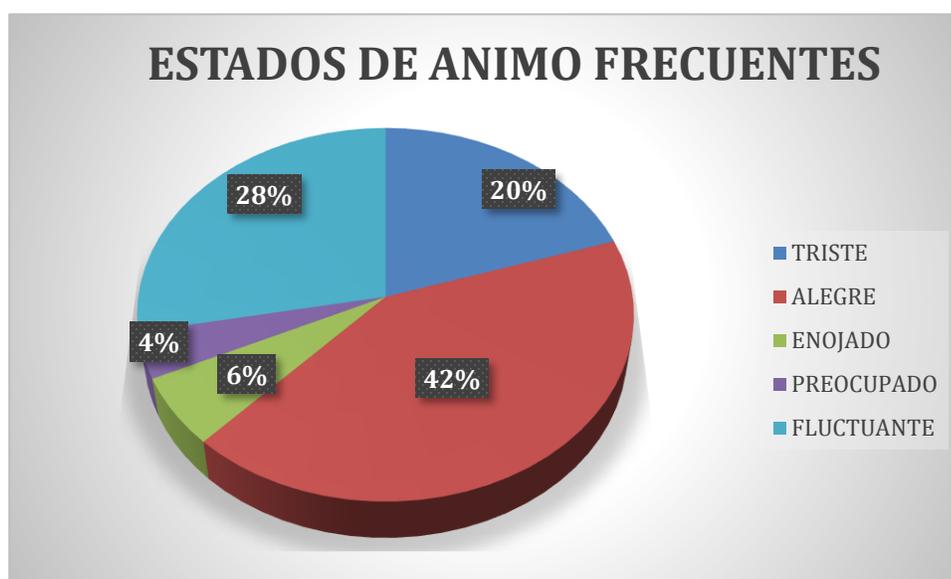


Figura 29. Estados de ánimo frecuentes

El estado de ánimo más frecuente en los sujetos evaluados es la alegría con 42%, el 28% tiene un estado de ánimo fluctuante, el 20% suele estar triste, 6% enojado y el 4% preocupado.

Cuadro 30. Participación

PARTICIPACION		
Preg. 14	Frecuencia	Porcentaje
Si	50	100%
No	0	0%
Total	50	100%



Figura 30. Participación

El 100% de los sujetos afirma que participarían en un plan psicoterapéutico para pacientes con hipertensión arterial.

Cuadro 30.1. Expectativas

EXPECTATIVAS		
Preg. 14	Frecuencia	Porcentaje
Salud	21	42%
Aprender	13	26%
Controlar ideas	2	4%
Expresar ideas y sentimientos	7	14%
Curiosidad	4	8%
Divertirse	3	6%
Total	50	100%



Figura 30.1. Expectativas

El 42% de los sujetos participaría en un programa psicoterapéutico para mejorar su salud, el 26% para aprender, el 14% para expresar sus emociones y sentimientos, al 8% le motivaría la curiosidad, el 6% participaría con la intención de divertirse y finalmente el 4% participaría para controlar sus ideas.

B. Análisis descriptivo

A partir de los resultados obtenidos y procesados en la sección anterior se logra visualizar que la presencia de mujeres con Hipertensión Arterial (HTA) es mayor que la de los hombres en la muestra estudiada en esta investigación; así también, se evidencia que el porcentaje mayor de los entrevistados se encuentra entre los 61 y 65 años de edad, es decir, que se trabajó con sujetos que están próximos a la transición a su etapa de adultez mayor.

En cuanto al estado civil de la población entrevistada la mayoría está casada, un porcentaje considerable son solteros y algunos casos aislados de personas viudas y divorciadas. En relación al nivel de formación académica del grupo evaluado, en su mayoría, son personas que no han tenido acceso a una educación formal completa, pues a través de la entrevista se constató que si bien, todos tuvieron la oportunidad de iniciar su proceso de educación básica, no todos los participantes llegaron a concluirlo, en contraposición, un mínimo porcentaje logro concluir su educación superior y laborar en sus áreas de formación profesional.

La situación laboral de la población es desfavorable para el mayor porcentaje de estos, ya que no cuentan con un empleo remunerado, se dedican en su mayoría mujeres a los oficios domésticos y al cuidado de su familia, por tanto presentan dificultades económicas, en relación a esto, Levi (1996) plantea que entre los factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas se encuentran la situación laboral y, más específicamente, la pérdida del empleo, asociándose así al estrés y las conductas de salud y enfermedad, e incluyéndose dentro de los factores que afectan más severamente la salud de las personas, incluso más que un agente biomédico.

El resto de la población se ubican en la categoría de emprendedores ya que se dedican a realizar trabajos de manera independiente y generalmente desde sus hogares, como la elaboración y comercialización de diferentes productos tales como: comida, ropa, productos de primera necesidad, carteras y accesorios. La mayoría de las personas entrevistadas tienen alrededor de tres a cinco hijos, otros sujetos tienen uno o dos hijos y en menor porcentaje tienen de seis a ocho hijos, muchos de ellos son adultos y solo en pocos casos estos hijos son menores de edad o están próximos a cumplir su mayoría de edad.

Mediante el análisis estadístico de los datos obtenidos con el software SPSS, en primer lugar se encontró que las variables no tenían una distribución normal, por lo que correspondía el uso de una prueba estadística no paramétrica, el Coeficiente de Correlación Lineal de Spearman, al efectuar las correlaciones entre la variable independiente que corresponde a los factores emocionales: estrés, ira, ansiedad y depresión y, la variable dependiente: la presión arterial sistólica y diastólica no se encontraron relaciones significativas entre estas variables por lo que se rechaza la hipótesis de investigación: *“Si existe correlación entre los factores emocionales y la hipertensión arterial esencial que presentan los pacientes de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar”* así como la hipótesis alterna: *“Existe correlación entre factores emocionales específicos y la hipertensión arterial esencial que presentan los pacientes de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar”*, por lo tanto y en concordancia con el estadístico se acepta la hipótesis nula: *“No existe correlación entre los factores emocionales y la hipertensión arterial esencial que presentan los pacientes de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar”*.

Mediante la entrevista que se realizó a cada uno de los participantes de manera individual se pudo recolectar la siguiente información, tanto las personas que han sido diagnosticadas recientemente, así como quienes han sido diagnosticadas varios años atrás, presentan descompensación en los niveles de presión arterial, pero existe mayor descompensación en las personas que tienen menor tiempo de haber sido diagnósticas.

Las reacciones de los pacientes ante su diagnóstico fueron diversas, con un 43% las personas presentaron preocupación al momento de recibir su diagnóstico como hipertensos, un 19% no presentó ningún tipo de reacción, un 18% trató de restarle importancia a los que les habían informado, mientras que otros pequeños porcentajes manifestaron algunas reacciones emocionales como tristeza, negación, aceptación.

Las causas que los pacientes atribuyen a su HTA son muy diversas estas han sido expresadas como los conflictos familiares, preocupaciones tanto por ellos mismos como por sus hijos o nietos, problemas socioeconómicos, herencia, problemas médicos, edad, enojo, estrés, muerte de familiares, exceso de trabajo, entre otros, así como lo establece el modelo biopsicosocial, en el que se sostiene que es el conjunto de los factores biológicos, psicológicos y sociales los que determinan la salud y la enfermedad en las personas, esto

anterior implica que existen múltiples causas para la presencia de salud o enfermedad, por lo tanto múltiples son los efectos que se producen y así debería ser su abordaje.

Las personas consideraron algunas variables que pudieron haber afectado su condición de salud y provocar la hipertensión arterial, dentro de las cuales se encuentran, la muerte de algún familiar cercano, el padecimiento de una enfermedad médica tanto propia o de algún familiar cercano, problemas de pareja, problemas socioeconómicos, amenazas, depresión, muchos de ellos experimentaban más de una de las situaciones problemáticas a la misma vez, propiciando que su salud se viera afectada.

Así mismo, la investigación realizada por Espinosa, R., García-Vera, M. P., y Sanz, J. (2012), sobre los *factores psicosociales implicados en el control de la hipertensión arterial*, respalda la multicausalidad de la hipertensión arterial, puesto que estos autores determinaron que es posible que se produzcan pequeñas modificaciones funcionales que dan lugar a la aparición y al mantenimiento de la presión arterial elevada, cuando la gente es expuesta a estrés crónico o varios estresores.

De los entrevistados un 42% afirma que el área que ha sido más afectada a partir de ser hipertensos es el área emocional, ya que constantemente hay fluctuaciones en sus emociones, lo cual se sustenta teóricamente con los supuestos de Adler y Matthews (1994) quienes señalan que de los procesos psicológicos que se ven implicados en la salud y la enfermedad, las emociones son, sin duda, uno de los más relevantes. Actualmente, una de las áreas de mayor interés en la investigación y la actividad profesional es el papel de la emoción tanto en la promoción de la salud y la génesis de la enfermedad como en las consideraciones terapéuticas implicadas. En contraparte un 29% de los sujetos es de la opinión que no ha presentado ningún cambio en su vida, un 21% ha visto afectada su salud física, entre otros como son problemas familiares y sexuales en menores porcentajes.

El 100% de la muestra evaluada asegura tomar su medicamento para controlar la hipertensión arterial, el medicamento que más destaca es la Enalapril, brindado en las unidades de salud del Ministerio de Salud (MINSAL), entre otras se obtuvieron las Aspirinitas, Atenolol, Propanolol, entre otras que son usadas pero con menor frecuencia, cumpliéndose así las recomendaciones de mantener en tratamiento farmacológico a los

pacientes hipertensos, tal como lo señala la “Guías de buenas prácticas clínicas para la Atención de pacientes con diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica.”,

Entre los efectos secundarios que tienen mayor frecuencia se tienen que un 25% no presenta síntomas secundarios ante el medicamento, un 23% presentan tos, el 20% resequeza en la garganta, sobre todo aquellos pacientes que el medicamento que toman es el Enalapril, entre otros síntomas se ven reflejados según los datos, dolores de cabeza, somnolencia, ansiedad, entre otros.

Las personas entrevistadas manifiestan que actualmente están pasando por algunas situaciones problemáticas, entre las más frecuentes se encuentran los problemas económicos, así también los problemas familiares, como las discusiones entre miembros de la familia, relaciones disfuncionales entre padres e hijos u otros familiares, se ven afectados también por la inseguridad social, ya que se han visto involucrados en amenazas o han tenido que dejar sus antiguos lugares de procedencias, o porque estos son padres o abuelos de jóvenes y temen por ellos, otros se ven afectados por enfermedades físicas ya sean propias o de algún familiar, hijos que se encuentran en prisión, problemas con vecinos, entre otros.

Un 83% de la población entrevistada considera que las situaciones problemáticas a las que se enfrentan hacen que su presión arterial se eleve, ya que estas situaciones les producen estrés, preocupación, ansiedad, les hace constantemente pensar en lo mismo sin darle una solución (rumiación cognitiva), y como Harburg E, Erfurt JC, Hauenstein LS, Chape C, Schull WJ y Schork MA (1973), describieron que aquellos sujetos que vivían en áreas urbanas muy estresantes, definidas por su alta densidad de población, estado socioeconómico bajo, alta morbilidad y altas tasas de separación matrimonial, mostraban una presión arterial más elevada que aquellos que habitaban en zonas de bajo estrés.

Un porcentaje considerable de la población entrevistada sostiene que la actitud que toma ante los problemas es evadir los problemas (27%), otro grupo (20%) lo que hace es preocuparse, pero no buscan una solución y otro 20% buscan alternativas para dar soluciones a sus problemáticas, un 13% trata de dejarle o confiar sus problemas a Dios, que sea él quien se encargue de resolverlos, así también otro 13% trata de mantenerse en calma.

El 87% de los entrevistados dicen que si han observado mejoras en su presión arterial cuando han resuelto un problema que les estresaba y les estaba afectando, un 10% dice no haber estado pendiente por tanto no saben si se presentaron o no cambios, y solo un 2% no ha observado cambio alguno, al resolver un problema un 76% se siente tranquilo, relajado, y un 24% manifiesta que se muestran con una actitud positiva después de resolver un problema que les afectaba.

De los entrevistados un 96% es de la opinión de considerar importante el apoyo de su familia para mejorar su estado de salud, y como opinan Minuchin, Rosban y Baker, (1987) la familia es, sin duda, la fuente principal de creencias y pautas de comportamiento relacionadas con la salud. Las tensiones que sufre a través de su ciclo evolutivo pueden manifestarse en forma de síntomas, los cuales pueden ser la expresión de procesos adaptativos del individuo y ser mantenidos por las conductas familiares. Por lo tanto y, como también plantean Pérez y Díaz (2006) la familia debe entenderse como una red de apoyo para el mejoramiento de salud, evaluando los recursos con los que cuenta el sistema familiar como son: la capacidad para resolver problemas, la comunicación, el establecimiento de límites, el involucramiento afectivo entre sus miembros y el manejo de las dificultades, la unión y el apoyo.

En la opinión de los pacientes el estado de ánimo que más presentan es la alegría, seguido de un ánimo fluctuante de donde varían constantemente de una emoción a otra, otra parte permanece constantemente tristes, enojados o preocupados.

El 100% de los entrevistados dijeron estar de acuerdo de participar en un programa de atención psicológica de ser impartido, los motivos por los que les gustaría participar están, un 42% por mejorar su salud, un 26% aprender lo que se les pueda enseñar, un 14% para poder expresar sus ideas y sentimientos, entre otras divertirse, o por curiosidad.

A partir de los resultados obtenidos en la aplicación y procesamiento de la guía de observación se puede apreciar que la mayoría de los participantes de la investigación presentan una adecuada apariencia física, su vestimenta se percibía limpia, mostrando un buen aseo personal, las mujeres en su mayoría no usaban maquillaje, en cuanto al cabello se observó limpio y ordenado en la mayoría de los sujetos.

Durante la aplicación de las pruebas los participantes presentaron diferentes expresiones faciales, entre ellas sonrojarse al momento de responder determinadas preguntas, este fue un rasgo bastante notorio en unas personas y en otras fue menos evidente, algunas de ellos mostraron un poco de humedad en sus ojos, sobre todo al relatar situaciones problemáticas por las que estaban atravesando en su núcleo familiar, hubo algunos casos en los que el sollozo de las personas termino en llanto, por lo que se les brindó un espacio para la expresión de sus emociones. En general la mayoría se mostraron sonrientes durante la aplicación de instrumentos, no se observaron tics faciales y, se constató la presencia de movimientos oculares constantes en aquellas personas que rehuían al contacto visual, bajando un poco la mirada.

En cuanto al movimiento corporal, se pudo visualizar un moderado movimiento en sus manos y pies, dando la impresión que se sentían un poco nerviosos, esto se observó sobre todo en los momentos en que comentaban alguna situación más íntima, no se observaron tics ni movimiento general de todo el cuerpo, en algunos casos sí se observó un poco de dificultad para comunicarse de manera no verbal.

Así mismo, se observaron diferentes emociones en los participantes, estas fueron fluctuantes durante la jornada, en su mayoría se notaban alegres en menor o mayor intensidad, hubo momentos en que se percibió tristeza, sobre al comentar los sucesos por los que atravesaban cuando fueron diagnosticados como hipertensos e hipertensas, una minoría mostró un poco de enojo o molestia, sobre todo porque sentían que llevaban demasiado tiempo esperando ser atendidos en su consulta médica, pero esto no interfirió en su interacción con las investigadoras, siendo muy pocas las personas que se mostraron serias durante la recolección de datos.

Además, se logró evidenciar en muchos de los sujetos evaluados un estado general de preocupación; entre las cosas que les preocupaban se encontraban la economía del hogar, la inseguridad social, enfermedades de otros miembros de su familia y los conflictos al interior de la misma.

En lo que respecta al lenguaje, se puede afirmar que la mayoría de las personas comprendió lo que se les preguntaba ya que respondía acorde a ello, se presentaron algunas variantes en cuanto al timbre de voz utilizado, algunas veces era muy baja y otra con un tono de voz más alto, esto podría deberse a que no se contaba con el espacio físico idóneo que les proporcionara a las personas privacidad y que estuviesen libres de cualquier tipo de interferencia, se evidenciaron algunos errores de pronunciación y en algunos participantes su lenguaje tendía a ser fluctuante; lento o rápido al conversar.

En el contacto con los participantes se logró una adecuada relación de respeto mutuo, se mostraron atentos a las indicaciones y se logró establecer con mucha facilidad una relación de confianza entre los sujetos entrevistados y las investigadoras, de manera que éstos expresaban genuinamente todo aquello que sentían o pensaban.

Como bien se ha expuesto anteriormente, los resultados obtenidos por medio del análisis estadístico de las variables, reflejan que no se encontraron relaciones entre puntajes altos en los factores emocionales y los elevados niveles de presión arterial, sin embargo, al realizar una revisión individual de los datos de manera descriptiva, se identifican casos significativos de pacientes, dentro de la muestra, que han obtenido puntajes elevados en tres de los cuatro factores emocionales evaluados y que a su vez mantienen altos niveles de presión arterial, a pesar de estar cumpliendo con el tratamiento médico que les ha sido indicado para el manejo y control de su hipertensión.

De esta forma se refleja que el 40% de los sujetos mantienen niveles altos de estrés y de presión arterial, estos sujetos al momento de la entrevista expresaron que el origen de su estrés se encontraba en problemas familiares, bien sea entre él/la paciente con algún miembro de su grupo familiar o de sus familiares entre sí. Además, manifestaban que tenían muchas preocupaciones ya que algunos, no sólo tenían problemáticas familiares, sino también atravesaban por crisis económicas puesto que la mayoría de estos sujetos no tienen un empleo fijo debido a su escasa formación profesional.

De manera que tampoco poseen el beneficio de una pensión ya que no se han desempeñado en trabajos con instituciones formales, provocando así todo un estado de activación física y psicológica ante las demandas del medio en que se desenvuelven, con

frecuencia evaluando como negativos e insuficientes sus recursos y capacidades personales. Como es bien conocido el estrés y la ansiedad suelen presentarse de manera conjunta y dentro de esta revisión también se encontró que los sujetos que registraron altos niveles de presión arterial también obtuvieron altos puntajes en la evaluación psicológica del factor ansiedad formando un total del 44%, cifra aún mayor que la de estrés.

Lo cual puede traducirse en síntomas físicos y cognoscitivos tales como: alteración del sueño, tensión muscular, aumento de la presión sanguínea, dificultad para concentrarse en otra cosa que no sea su situación problemática, pensamientos negativos repetitivos y dificultad para la toma de decisiones. Estos mismos pacientes afirmaron durante la entrevista que creían que las situaciones que les preocupan influyen en que se eleve su presión arterial, ya que han observado que cuando tienen más problemas de índole personal, familiar, laboral y/o económico tienden a presentar elevaciones más frecuentes en su presión arterial.

En cuanto al factor emocional depresión, los resultados han sido los menos significativos pues tan solo ocho de los participantes tienen puntajes elevados en la escala de depresión y niveles elevados en su presión arterial, representando al 16% de la población total, estos sujetos al momento de ser entrevistados refirieron que experimentan constantes estados de tristeza, en unas personas más profundos y duraderos, en otras con menor intensidad, en el caso de las primeras y atendiendo a las características y condiciones individuales son personas que han sufrido algún tipo de pérdida, parece contradictorio que una baja en el estado de ánimo pueda contribuir al aumento de la presión sanguínea en los pacientes hipertensos, sin embargo, la depresión genera un proceso de activación neurológica en el que se liberan determinados neurotransmisores que mantienen el estado de alerta.

Al analizar el factor ira, nuevamente se observa un porcentaje significativo pues del total de personas que participaron en la muestra, 20 sujetos presentan niveles altos en Rasgo de Ira y niveles elevados en su presión arterial, constituyendo el 40% de la población, en las entrevistas estos participantes expresaban que son personas que tienden a enojarse con mucha facilidad, que experimentan intensos estados de ira por muchas de las situaciones a las que se enfrentan y consideran que esta es una de las causas de que su presión arterial se encuentre alta constantemente y no se estabilice a pesar de tomar sus medicamentos.

Estas personas tienden a reaccionar a pequeñas provocaciones, se frustran con mucha facilidad ante los diferentes problemas que se les presentan, tienden a ser impulsivos y a tener poco control de la ira, así también son sensibles y responden a las evaluaciones negativas que otros puedan hacer de ellos, ya que se observan puntuaciones elevadas tanto en Temperamento como Reacción de la Ira. En relación a la escala de Índice de Expresión de la Ira siete de los participantes muestran puntuaciones altas y niveles altos de presión arterial, es decir, que son las personas que experimentan intensos sentimientos de ira, esta población representa el 14% del total de participantes.

Al analizar estos datos y verificar que la integración de factores emocionales como el estrés, la ansiedad y la ira a causa de las diversas situaciones de la cotidianidad, producen cualitativa y subjetivamente un cambio en la dinámica interna de cada sujeto, llegando a provocar estados de elevación de su presión arterial o bien el mantenimiento de los niveles altos que ya presentan los pacientes, aún se alberga la posibilidad de una relación entre estas variables, una relación que no es sencilla de medir estadísticamente, tal y como se ha descrito mediante estos casos aislados en los que, a pesar de no encontrar correlaciones significativas estos sujetos presentan niveles elevados en uno o más factores emocionales y niveles elevados en su presión arterial.

Si bien no se descartan ni se minimizan los resultados estadísticos puesto que son observables, se reconoce que la necesidad de estandarizar y homogeneizar determinados fenómenos limita la sensibilidad y discriminación de las diferencias individuales, que no se pueden obviar, por lo tanto, se hace necesaria la elaboración de una propuesta de programa psicoterapéutico dirigida a este subgrupo de la muestra, y a otros sujetos que cumplan con las mismas características, de manera que les ayude a sobrellevar la carga que representan las tensiones del diario vivir y que de no tener un manejo adecuado representan un peligro para su salud física y mental.

Capítulo VI. Conclusiones y Recomendaciones

De acuerdo a los resultados obtenidos a través de esta investigación se formulan las siguientes conclusiones:

- No es posible confirmar de manera estadística la correlación entre los factores emocionales evaluados y la hipertensión arterial esencial que presentan los pacientes, sin embargo, el análisis cualitativo de los datos refleja una relación evidente de estos factores en la dinámica subjetiva e interna de los pacientes que se manifiesta en estados de elevación de su presión arterial.
- A pesar del énfasis de algunos estudios en los que se hace referencia a una correlación positiva fuerte entre estrés e hipertensión arterial, los resultados del procesamiento estadístico de estas variables en esta investigación, arrojaron una correlación positiva muy baja de manera que la relación de las variables es casi nula, aunado a ello, el valor requerido para afirmar que estos datos tienen significancia estadística sobre pasa el 5% de error estadístico. En cuanto a la apreciación de los puntajes por ámbitos del inventario de estrés aplicado, se evidencia que las áreas que generan mayor estrés en los sujetos son: síntomas y empleo y, relaciones interpersonales, datos que pueden asociarse de manera cualitativa con las expresiones de dichos sujetos durante la entrevista.
- Los resultados de la prueba estadística reflejaron que al correlacionar las escalas Rasgo de Ira e Índice de Expresión de Ira con los niveles de presión arterial, ambas obtuvieron una correlación muy baja, la cual no tiene significancia estadística puesto que los valores están por encima del margen de error fijado para este estudio. En los resultados de la prueba psicológica se evidencia que dentro de la escala Rasgo de ira, 20 sujetos mantienen puntuaciones elevadas en las subescalas temperamento y reacción y a su vez mantienen su presión arterial elevada.
- Al analizar las variables ansiedad e hipertensión se obtuvo una correlación positiva muy baja lo que impide afirmar con rigor estadístico que estas variables están

asociadas de manera lineal y se debe destacar que al igual que las otras variables psicológicas, estas correlaciones no son significativas pues los valores están por encima del margen de error. Sin embargo, alrededor del 56% de los sujetos obtuvieron puntuaciones de moderadas a graves en la escala de ansiedad.

- La correlación entre el factor emocional depresión y la hipertensión arterial esencial, como sucede con las correlaciones anteriores también indica una correlación positiva muy baja, lo cual denota que la relación de estas dos variables es muy escasa y se continúa presentando la falta de significancia estadística de estos datos, cuyos valores están arriba del cinco por ciento del margen de error. A la vez, al revisar las puntuaciones directas de la escala de depresión aplicada a los sujetos, se observa que es el factor emocional con menores puntuaciones, ubicándose la mayoría en el rango mínimo.
- Las Unidades Comunitarias de Salud Familiar no cuentan con un protocolo de abordaje y manejo multidisciplinario de los pacientes hipertensos, únicamente se abordan estos padecimientos a través del manejo medicamentoso de los pacientes, sin embargo, cada vez que estos acuden a sus consultas continúan presentando niveles de presión arterial elevados.

Recomendaciones:

- Se recomienda continuar la realización de estudios en el área de la psicología de la salud, con el propósito de indagar la incidencia de las variables psicológicas en la salud y enfermedad de las personas, de manera que en congruencia con los resultados obtenidos en la entrevista, se considera necesaria la investigación de las variables familia e hipertensión arterial esencial, ya que la mayoría de problemáticas que aquejan a los sujetos y alteran sus estados psicofisiológicos giran entorno a su grupo familiar.
- Se recomienda la implementación de estrategias y acciones terapéuticas por parte de los profesionales de la salud, que desarrollen y fortalezcan en los pacientes habilidades para manejar el impacto de situaciones estresantes a través de la reevaluación de las mismas, la capacidad para generar alternativas de acción y pensamiento así como la auto relajación.
- Se recomienda que los psicólogos y psicólogas enfatizen la ejecución de técnicas y actividades que generen en los pacientes habilidades sociales y de expresión emocional; tomando conciencia del estilo comunicativo personal, así como la evitación de pensamientos automáticos hostiles y promoviendo la práctica de nuevos repertorios de conducta donde la empatía tenga un rol principal.
- Se recomienda la incorporación de técnicas orientadas a la identificación del diálogo interno, la capacidad de detenerlo y transfórmalo en un lenguaje adaptativo, así mismo el profesional de la salud mental debe acompañar y orientar al paciente en la formación de la habilidad de reducir el automatismo de la concentración en lo negativo, así como la capacidad de organizar y auto dirigir sus conductas y actividades.
- Se recomienda que en el proceso de evaluación psicológica se realice en profundidad la exploración de presencia de síntomas depresivos en los pacientes hipertensos, puesto que esta puede influir indirectamente en la falta de control de este

padecimiento; provocando que los pacientes renuncien a hábitos y prácticas saludables debido a la pérdida de interés por las actividades.

- Se recomienda realizar la implementación de la propuesta de programa psicoterapéutico elaborada con base en los resultados de esta investigación, para controlar la hipertensión arterial, asegurando que la implementación de esta propuesta en los centros de salud, se realice con profesionales o personal capacitado en el manejo de grupos, cuidando además que los participantes tengan características y problemáticas comunes.

Capítulo VII. Propuesta

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**



Tema:

Propuesta de programa psicoterapéutico denominado “Liberando Presiones” para incidir en la hipertensión arterial en pacientes de 45 a 65 años de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar del municipio de Ayutuxtepeque y Ctón. Zacamil del municipio de Mejicanos del Depto. de San Salvador.

Docente director:

Lic. Omar Panameño Castro

Presentado por:

Menjívar Miranda, Ana Lidia

Romero Cruz, Rudy Lorena

Carné

MM10074

RC10033

Ciudad Universidad, 5 de febrero de 2018

Descripción del programa

El programa de intervención psicológica “Liberando Presiones” está diseñado con la finalidad de brindar una atención integral a las necesidades que presentan las personas hipertensas en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF).

Dicho programa está dividido en cuatro áreas que se describen a continuación:

- **Afectiva/emocional:** en esta área se busca promover el reconocimiento de emociones y sentimientos propios y de los demás, con la finalidad de poder expresar cualidades positivas y facilitando el manejo de sentimientos negativos de manera responsable.
- **Cognitiva:** busca facilitar el autoconocimiento de cómo actúan los pensamientos automáticos, de tal manera que los participantes puedan reconocer cómo opera su diálogo interno y lograr un control sobre este, dando lugar a la adquisición de nuevas estrategias cognitivas que les permitan afrontar las situaciones problemáticas.
- **Conductual:** Se retoman distintas técnicas de relajación, que ayudarán a los participantes a reducir la activación fisiológica que se presenta ante situaciones estresantes o ansiógenas, dentro de las técnicas utilizadas se retoman la relajación progresiva, técnicas de respiración, respiración diafragmática, así también a desarrollar y/o reforzar la capacidad de autoobservación, tanto de las sensaciones corporales como lo que sucede alrededor.
- **Social:** con la finalidad de establecer mejores relaciones inter e intrapersonales, se hace necesario promover estrategias de comunicación asertiva, en la que los participantes puedan ensayar los distintos estilos de comunicación, que les permita ser empáticos con ellos mismos y con los demás; y que puedan ser capaces de resolver los problemas a los que se enfrenta en su vida cotidiana.

El programa está formado por 12 sesiones de intervención grupal, dichas sesiones se encuentran distribuidas de la forma siguiente, una sesión de inicio o rapport, cuatro sesiones diseñadas para intervenir el estrés, tres sesiones que abordan la temática de ansiedad, tres

sesiones para trabajar la ira y una sesión de evaluación de los resultados obtenidos y convivio de despedida.

Las sesiones de intervención presentan la siguiente estructura general:

- ✓ Saludo y bienvenida
- ✓ Retroalimentación de la sesión anterior (excepto en la primera sesión)
- ✓ Seguimiento de las tareas para casa (excepto en la primera sesión)
- ✓ Actividades psicoterapéuticas
- ✓ Asignación y explicación de la tarea
- ✓ Evaluación de la sesión

Justificación

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica no transmisible, caracterizada por el aumento de la presión arterial, lo cual corresponde a una presión sistólica mayor de 140 mmHg y una presión diastólica igual o mayor a 90 mmHg. En el caso de la presión arterial esencial o primaria, las explicaciones médicas respecto a su origen aseguran que no se debe a una causa orgánica preexistente, más bien la consideran como un padecimiento multicausal.

En la actualidad esta se ha constituido como uno de los padecimientos que más afectan la salud de los salvadoreños y salvadoreñas, en los casos más graves y, cuando a pesar del tratamiento médico no se ha logrado el control del paciente, se convierte en un inminente factor de riesgo para el desarrollo de trastornos cardiovasculares y cerebrovasculares que pueden desencadenar en la muerte.

Ante esta problemática y dada la multicausalidad de este padecimiento su abordaje debe ser también multidisciplinario, puesto que como se ha constatado a través del análisis cualitativo de los resultados obtenidos por los sujetos evaluados en esta investigación, dentro de los factores que más afectan a los pacientes hipertensos se encuentran aquellos que responden a un orden psicológico y social como son el estrés, la ansiedad y la ira y, es en este punto, donde las intervenciones psicoterapéuticas toman un rol principal en la prevención, diagnóstico y tratamiento de estos pacientes.

Por lo tanto y con el propósito de promover en los y las pacientes estrategias cognitivas y de comportamiento que contribuyan al manejo y control adecuado de su hipertensión, se ha elaborado un programa psicoterapéutico en el cual se retoman técnicas y estrategias psicológicas que les ayuden a gestionar efectivamente sus experiencias emocionales de estrés, ansiedad e ira, regulando así los procesos psicofisiológicos que se activan en estas experiencias y que pueden provocar o influir en su padecimiento. De manera que los principales beneficiarios de este programa son los pacientes y a nivel secundario los dos centros de salud retomados en la investigación que contarán con una propuesta metodológica de abordaje psicológico.

Objetivos del programa

Objetivo general

Implementar un programa psicoterapéutico que permita dar respuesta a las necesidades psicológicas presentadas por personas hipertensas que acuden a las Unidades comunitarias de Salud Familiar, incidiendo positivamente en la disminución de los niveles elevados de presión arterial.

Objetivos específicos

- Fomentar en los beneficiarios del programa nuevas formas de afrontamiento al estrés, que ayuden a la disminución de la reacción fisiología, psicológica y contribuir así al control de su hipertensión.
- Reducir el índice de ansiedad en los participantes, generando alternativas de resolución de problemas y entrenamiento en relajación que permita devolver su estado de tranquilidad y mayor eficiencia en las tareas que realizan diariamente.
- Desarrollar en los participantes las habilidades necesarias para un adecuado manejo y control de la ira, que les permita establecer mejores relaciones interpersonales y exteriorizar sus emociones asertivamente sin perjudicar su salud física y mental.
- Brindar la información teórica necesaria sobre la hipertensión arterial, los factores de riesgo y recomendaciones no farmacológicas que contribuyan a la disminución de la presión arterial mediante la adopción de hábitos saludables.

Metodología del programa

a) Beneficiarios del programa

El programa de intervención psicológica denominado “Liberando presiones” está dirigido a personas con hipertensión arterial y que presentan puntuaciones altas en pruebas de estrés, ansiedad e ira, que acuden a las Unidades Comunitarias de Salud Familiar del municipio de Ayutuxtepeque y Ctón. Zacamil del municipio Mejicanos, departamento de San Salvador, cuyas edades oscilan entre los 45 y 65 años de edad, de diversos niveles académicos y ocupacionales, este programa está diseñado para poderse implementar en estos centros de salud y otras Unidades Comunitarias de Salud familiar con personas que cumplan con los requisitos establecidos.

Las Unidades Comunitarias de Salud familiar forman parte de los beneficiarios indirectos o secundarios, ya que se verán reducidas las cifras de las personas que presentan hipertensión esencial y que constantemente presentan niveles altos de presión arterial; así también, se verán beneficiados los entornos en los cuales se desenvuelven las personas hipertensas, ya que al aprender y/o fortalecer las estrategias para disminuir el malestar físico y emocional podrán establecer mejores relaciones interpersonales.

b) Método

La metodología del programa “Liberando presiones” se basa en el uso de estrategias activas, participativas y vivenciales, que permitan a los participantes desarrollar y/o reforzar habilidades y competencias que mejoren su sensación de bienestar y calidad de vida.

Con la finalidad de disminuir la sintomatología y el malestar generado por la hipertensión arterial se hará uso del modelo cognitivo-conductual, que ayude a los participantes a disminuir la activación fisiológica, a reducir el malestar psicológico y a facilitar la expresión emocional, tratando de contribuir así al mejoramiento de su salud.

c) Duración del programa

La ejecución del programa está contemplada para un periodo de tres meses y dos semanas, se realizará una sesión por semana, cada sesión tendrá una duración de 90 minutos aproximadamente.

e) Recursos materiales

- | | |
|-------------------------|-------------------------|
| ✓ Pliegos de papel bond | ✓ Buzón de sugerencias |
| ✓ Plumones | ✓ Globos y alfileres |
| ✓ Lapiceros y lápices | ✓ Reproductor de sonido |
| ✓ Tirro | ✓ Imágenes impresas |
| ✓ Hojas de papel bond | ✓ Hojas de trabajo |
| ✓ Almendras | ✓ Autorregistros |

d) Evaluación del programa

La evaluación del programa se realizará mediante la valoración clínica de los o las facilitadores y de la valoración de los resultados obtenidos por los participantes, para ello se realizarán diferentes formas de medición cuantitativa y cualitativamente:

- 1) En primer lugar, se realizará una medida de los niveles de presión arterial que presentan los participantes de entrada al programa,
- 2) En segundo lugar, se realizará una evaluación cualitativa al finalizar cada jornada de trabajo, por parte de los participantes,
- 3) En tercer lugar, también los facilitadores evaluarán la ejecución de cada jornada de trabajo a través de la manifestación de los indicadores de cambio establecidos para cada sesión implementada y del cumplimiento de los autorregistros de las tareas asignadas.
- 4) En cuarto lugar, al finalizar la ejecución de todo el programa de intervención psicoterapéutico se realizará una evaluación general del mismo, por medio de un cuestionario que será proporcionado a cada participante, con este se obtendrá una valoración cualitativa de los logros auto percibidos por cada beneficiario,
- 5) En quinto y último lugar, se realizará una nueva medición de la presión arterial de los participantes, para contrastar los valores de la medición inicial, con el propósito de percibir cambios sensibles en los niveles de la presión arterial.

Cartas didácticas

Sesión N°1

Objetivo de la sesión: Propiciar un ambiente de confianza entre los participantes y los/las facilitadoras/ras del programa, la expresión de expectativas, delimitación de las normas que han de regir al grupo terapéutico,

Actividad 1: Presentación del grupo

Técnica: Cesta de frutas

Objetivo: Romper el hielo y promover el conocimiento e identificación grupal entre los participantes.

Procedimiento:

- ✓ El facilitador o facilitadora invitará a los participantes a sentarse formando un círculo y designará a cada uno de ellos con el nombre de una fruta, estos nombres los repetirá varias veces, asignando la misma fruta a varias personas.
- ✓ Enseguida explicará la forma de realizar el ejercicio: el/la facilitador/a relatará una historia (inventada); cada vez que diga el nombre de una fruta, las personas que han recibido ese nombre cambiarán de asiento, pero, el facilitador también se incluirá al momento de sentarse, de manera que aquel que al iniciar el juego se quede de pie debe presentarse ante el grupo.
- ✓ La dinámica se realizará varias veces, hasta que todos los participantes se hayan presentado.

Actividad 2: Exploración de expectativas

Técnica: Lluvia de ideas

Objetivo: permitir la expresión y delimitación de expectativas e intereses individuales y grupales.

Procedimiento:

- ✓ El facilitador o facilitadora preguntará al grupo ¿cuáles son los motivos que le han hecho participar en el programa?, ¿qué espera aprender? y ¿cómo cree que el programa le ayudará? realizará estas preguntas de tal manera que todos los participantes expresen su opinión, las cuales anotará en un papelógrafo.
- ✓ Luego de escuchar las expectativas de los participantes el/la facilitador/a dará a conocer el programa a los participantes, explicando cómo ha sido denominado, cuáles son sus objetivos y las áreas que se trabajarán.

Actividad 3: Establecimiento de normas del grupo

Técnica: lluvia de ideas

Objetivo: elaborar de manera conjunta el sistema de normas y reglas que han de regular el adecuado desarrollo del programa terapéutico.

- ✓ Se explicará a los participantes que se realizará un ejercicio para establecer las normas del grupo,
- ✓ El facilitador o facilitadora marcará en un papelógrafo los números del 1 al 10 y expresará palabras claves como: puntualidad, respeto, responsabilidad, etc., de acuerdo a las necesidades del grupo para el correcto desarrollo de las sesiones y pedirá que los participantes les asignen una puntuación del 1 al 10 de acuerdo a la importancia que le dan y se retomarán para las normas del grupo aquella que tengan una puntuación elevada,
- ✓ Se brindará la oportunidad a los participantes de proponer sus propias palabras claves para construir normas y, todas estas se escribirán en un papelógrafo que quedará visible para todos en el recinto de la sesión.

Actividad 4: Exposición sobre la hipertensión arterial

Técnica: Psicoeducación

Objetivo: Conocer los conceptos básicos de la hipertensión arterial y los factores de riesgo que la incrementan.

Procedimiento:

- ✓ El facilitador o facilitadora preguntará a los participantes ¿qué conocen sobre la hipertensión arterial? ¿Cómo les ha afectado la hipertensión en su vida? ¿qué hacen para disminuir los niveles elevados de presión arterial?, uno a uno se escucharán activamente los conocimientos previos que tienen sobre esta afección,
- ✓ Posteriormente el facilitador o facilitadora mediante un rotafolio, dará a conocer los participantes los conceptos básicos sobre la hipertensión arterial, los factores de riesgo que incrementan la presión arterial. (**ver anexo 1**)
- ✓ Así también, el facilitador o facilitadora pedirá a los participantes sus opiniones sobre las recomendaciones no farmacológicas, como creen que pueden hacerlas parte de su vida.

Actividad 5: Retroalimentación y Evaluación de la sesión

Objetivo: constatar la asimilación de los contenidos desarrollados durante la sesión y propiciar la expresión de sugerencias.

- ✓ El facilitador o facilitadora solicitará a los participantes que comenten de manera voluntaria el contenido que se ha desarrollado dentro de esta primera sesión, así mismo realizará preguntas al grupo tales como: ¿Qué me ha parecido la sesión? ¿Cómo ha sido mi desempeño? ¿Qué cosas nuevas aprendí? ¿Qué se puede mejorar?
- ✓ Se pedirá que para la próxima sesión cada uno lleve un par de calcetines que será usado al final de la sesión.
- ✓ Finalmente se agradecerá a los participantes por su presencia y disposición para el trabajo de grupo y se debe motivar a asistir a la próxima sesión.

Indicadores de logro:

- Facilidad de integración al grupo
- Participación voluntaria
- Expresión de expectativas personales
- Asimilación y comprensión de la enfermedad
- Reconocimiento de hábitos personales poco saludables

- **Recursos humanos:** facilitadores y participantes
- **Recursos materiales:** Pliegos de papel bond, tirro, pilots, sillas, rotafolio, papelitos y una cajita.
- **Duración:** 90 minutos

Área afectiva:

Sesión N° 2

Objetivo de la sesión: Tomar consciencia y poder expresar sus propios sentimientos tanto positivos o negativos siendo empáticos con las personas que les rodean.

Actividad 1: Recordatorio de la sesión anterior

Técnica: Lluvia de ideas

Objetivo: Comentar con los compañeros de grupo lo que recuerdan de la sesión anterior.

Procedimiento:

- ✓ El facilitador o facilitadora pedirá opiniones voluntarias del tema y actividades que se realizaron la semana anterior.
- ✓ El facilitador o facilitadora reforzará el tema haciendo un recordatorio breve de las actividades realizadas, y retroalimentación de conceptos básicos expuestos anteriormente.
- ✓ Se explica a continuación el objetivo de la sesión a realizarse ese día.

Actividad 2: Exposición de expresión de sentimientos

Técnica: Psicoeducación

Objetivo: reconocer importancia de expresar los sentimientos ya sean estos positivos o negativos.

Procedimiento:

- ✓ El facilitador o facilitadora pedirá a los participantes sus opiniones de que es la expresión de sentimientos, y porque se considera necesaria su expresión.
- ✓ Posterior a esto se explica la importancia de expresar los sentimientos tanto positivos y negativos, así también de qué manera se ve afectada la persona al no expresarlos de manera adecuada (**Ver anexo 2**)

- ✓ Así también, se les presentan algunas de las formas más frecuentes de bloquear las sensaciones y sentimientos.

Actividad 3: Imágenes que expresan

Técnica: Fotolenguaje

Objetivos: Identificar y expresar sentimientos de manera impersonal mediante imágenes.

Procedimiento:

- ✓ Todos los participantes formarán un círculo alrededor de imágenes que serán colocadas en el suelo (**Ver anexo 3**)
- ✓ Cada participante tendrá que elegir dos imágenes, cuando ya las tengas elegidas todos volverán a sentarse
- ✓ Cada participante pasará frente a sus compañeros y les explicará ¿por qué decidió elegir esas imágenes?, ¿qué le impulsó a tomarlas?, así también responderá ¿cómo se siente con la elección de esas imágenes?, ¿qué sentimientos le transmiten o consideran que se ven reflejados en cada una de las imágenes elegidas?
- ✓ Se hará una breve reflexión sobre los sentimientos y que estos pueden ser tanto positivos como negativos.

Actividad 4: Cualidades

Técnica: Expresión de sentimientos positivos

Objetivo: Expresar sentimientos positivos entre los miembros del grupo

Procedimiento:

- ✓ Se formarán parejas mediante una pequeña dinámica, los participantes tomarán un trozo de papel que tendrá la mitad de un dibujo, deberán movilizarse en busca de su pareja (**Ver anexo 4**)
- ✓ Una vez tengan a su pareja cada participante pensará en 3 cualidades de personalidad positivas de su pareja que haya observado durante todas las sesiones, y las expresarán

diciendo de manera personal, por ejemplo: A mí me gusta que eres muy alegre y contagias tu alegría a los demás.

- ✓ El facilitador o facilitadora pedirá opiniones voluntarias, sobre cómo se han sentido al expresar sentimientos positivos.

Actividad 4: La carta

Técnica: Expresión de sentimientos negativos

Objetivo: Soltar los sentimientos desagradables que han guardado anteriormente y que les impiden reestablecer su tranquilidad interior.

Procedimiento:

- ✓ El facilitador o facilitadora darán a conocer a los participantes la importancia de expresar los sentimientos, sean estos positivos o negativos, y de qué manera estos influyen en la salud tanto mental como física.
- ✓ Se entregará a cada participante una página de papel y un lapicero en ella cada uno escribirá una carta de amor y reconciliación.
- ✓ El participante elegirá a quien quiere dirigir su carta, puede estar dirigida a una persona que le causó daño u ofendió, deberá redactarla con respeto, sin ser agresivo u ofensivo, en ella escribirá todo lo que siente y como lo siente, que es exactamente lo que lo enfada, entristece o cualquiera de los sentimientos que experimenta.
- ✓ Cuando hayan terminado de redactar la carta, se elegirán parejas, uno leerá su carta a la otra persona, mientras su compañero escucha atento y con respeto, luego se hará el cambio de roles y se agradecerán mutuamente el haberse escuchado.
- ✓ Al finalizar, cada persona romperá su propia carta, se colocarán en un depósito y todas serán quemadas.

Actividad 5: En otros zapatos

Técnica: Dinámica de empatía

Objetivo: Comprender el término empatía y se puedan poner en la situación del otro.

Procedimiento:

- ✓ Se pedirá a los participantes que se pongan los calcetines que se les pidió en la sesión anterior, y que coloquen en un círculo
- ✓ Cada participante deberá quitarse sus zapatos y colocarlos delante de él o ella, siguiendo la forma de círculo,
- ✓ La dinámica consiste en ir midiéndose los zapatos de cada uno, hasta llegar a sus propios zapatos
- ✓ Se hará la reflexión de que es la empatía, y cada uno expresara brevemente como vivió la experiencia de ponerse en los zapatos del otro.

Actividad 6: Asignación de tarea

Objetivo: Reconocer los sentimientos que tienen hacia su propia persona, como se sienten con ellos mismos, sean estos sentimientos positivos o negativos.

Procedimiento:

- ✓ En hojas de papel bond, los participantes escribirán una carta dirigida a ellos mismos, en la que deberán expresar cómo se siente, qué sentimientos tienen con respecto a su propia persona, que piensan, decirse todas aquellas cosas que les hacen sentir orgullosos, lo que les gusta, o aquellos sentimientos negativos que les generan malestar.

Actividad 7: Evaluación de la sesión

Objetivo: Verificar lo que aprendieron los participantes en la sesión realizada.

Procedimiento:

- ✓ Se pedirá a los participantes que de manera voluntaria respondan a las siguientes interrogantes, ¿Qué he aprendido en esta sesión?, ¿Cómo me he sentido en la realización de las actividades?, ¿Qué fue lo que me gustó más? ¿Qué fue lo que menos me agradó de la sesión?

- ✓ Posteriormente se agradece a todo el grupo su colaboración y participación y se les anima a continuar asistiendo en las próximas sesiones.

Indicadores de logros:

- Reconocimiento de emociones propias
 - Expresión de cualidades positivas hacia otras personas
 - Interacción e integración con el grupo
 - Expresión de sentimientos negativos
 - Reconocer la importancia de la empatía
-
- **Recursos Humanos:** Facilitadores y Participantes

 - **Recursos Materiales:** imágenes de sentimientos, dibujos partidos a la mitad, papel, lápiz o lapiceros, calcetines, encendedor, depósito metálico, páginas de papel bond.

 - **Duración de la sesión:** 90 minutos

Área cognitiva:

Sesión N° 3

Objetivo de la sesión: Identificar su propio dialogo interno y así trabajar en ello para cambiar el contenido de lo que se dicen a sí mismos.

Actividad 1: Retroalimentación y revisión de la tarea

Técnica: Lluvia de ideas

Objetivo: Verificar lo que las personas recuerdan de la sesión anterior y la puesta en práctica de lo aprendido.

Procedimiento:

- ✓ Se dará la bienvenida a los miembros del grupo, y se les pedirá que de manera voluntaria expongan brevemente lo que recuerdan que se realizó en la sesión anterior, así también ¿Qué han puesto en práctica durante la semana, que no se trate de la tarea?
- ✓ Se indicará a cada persona que mencione al grupo brevemente como realizó su tarea asignada para la semana, cuál fue su experiencia, que le pareció difícil o si le resulto fácil.
- ✓ Posteriormente se explica el objetivo de la presente sesión.

Actividad 2: Exposición del diálogo interno

Técnica: Psicoeducación

Objetivo: Conocer que es el diálogo interno, y cómo éste afecta y/o beneficia a las personas que hacen uso de manera consciente e inconsciente.

Procedimiento:

- ✓ El facilitador o facilitadora dará inicio con la pregunta ¿Saben ustedes qué es el diálogo interno?, se harán anotaciones de palabras claves que mencionen los participantes

- ✓ Luego el facilitador dará a conocer los conceptos básicos del diálogo interno, en qué consiste, hacia quién o qué puede estar dirigido (**Ver anexo 5**)

Actividad 3: Mi espejo personal

Técnica: Visualización

Objetivo: Identificar como habla el diálogo interno en diferentes vivencias de cada participante.

Procedimiento:

- ✓ El facilitador o facilitadora pedirá a los participantes que se sienten cómodamente, cierren sus ojos y presten atención a su respiración, solamente en exhalar e inhalar
- ✓ Posteriormente pedirá que piense en un contratiempo o fracaso, en una situación real o imaginada, en la que algo por lo que había luchado y deseaba mucho y esta no ha salido bien. ¿Qué es lo primero que me digo? ¿Lo digo hacia mi persona, me culpo a mí mismo/a o culpo a alguien más? ¿Qué mensaje me doy tras un fracaso? “Siempre lo estropeo, me he lucido, soy un perdedor, soy un desastre...”
- ✓ Se espera un momento a que las personas tengan un momento de quietud mental y se continúa indicándose que piensen en un momento en el que se sienten ansiosos (angustiados, preocupados o afligidos), ¿Qué se dicen? ¿Cómo reaccionas?
- ✓ Ahora visualice un triunfo de su vida, un logro importante ¿recuerda qué es lo primero en qué piensa? ¿Minimiza los logros, cree que no es para tanto, considera que no lo merece?
- ✓ Por último, se situarán frente a un reto, a una oportunidad. ¿Cómo la afrontas? ¿Qué te dices? “No puedo fallar, ten cuidado, y ¿si me equivoco?”
- ✓ Se pide a las personas que poco a poco abran sus ojos y se incorporen a la sesión

Actividad 4: Registrando mi diálogo interno

Técnica: Registro

Objetivo: Registrar de forma escrita el propio diálogo interno a partir de la visualización realizada anteriormente.

Procedimiento:

- ✓ El facilitador o facilitadora entregará a cada participante una hoja, en la que se responderán una serie de preguntas por medio de las cuales se conocerá como es su diálogo interno en situaciones específicas (**Ver anexo 6**)
- ✓ Se animará a los participantes a que se concentren en la visualización que recién han terminado, que recuerden cada uno de los pensamientos que han llegado a su mente y los escriban en su hoja de registro
- ✓ Al finalizar el registro se hará una reflexión, de cómo se han sentido durante esta experiencia, si han logrado descubrir que pensamientos recurren constantemente a su mente, si consideran que estos pensamientos son beneficiosos o perjudiciales en su vida.
- ✓ Se recogerán y guardarán las páginas de los registros ya que serán utilizadas en la siguiente sesión

Actividad 5: Asignación de tareas

Técnica: Autoobservación (Diario de pensamientos)

Objetivo: Apreciar el poder que juega el diálogo interno y el papel que juega en la vida emocional de las personas que los experimentan.

Procedimiento:

- ✓ Se entregará a cada participante un Autorregistro y se explicará la forma del llenado (**Ver anexo 7**)
- ✓ Durante la semana llenarán el registro de su diálogo interno, cada vez que experimenten una emoción desagradable
- ✓ También se debe incluir lo que la persona se dice para que la emoción no progrese
- ✓ Antes de acostarse el participante deberá asignar un porcentaje de cómo percibe en ese momento la emoción o emociones desagradables que experimentó durante el día.

Actividad 5: Evaluación de la sesión

Técnica: Buzón de sugerencias

Objetivo: Verificar los aprendizajes adquiridos por los participantes en el desarrollo de la sesión.

Procedimiento:

- ✓ A cada participante se le entregará un trozo de papel en el que deberá escribir, ¿Qué les ha parecido las sesiones hasta este momento? ¿En qué consideran que se puede mejorar? ¿Cómo se sintieron en la realización de esa sesión?
- ✓ Cuando los participantes hayan terminado deberán de colocar el papel en un buzón que se tendrá en el salón
- ✓ Se dará las gracias por la participación y se les recuerda asistir a la próxima sesión.

Indicadores de logros:

- Asimilación y comprensión del concepto de diálogo interno
- Identificación del propio diálogo interno
- Capacidad de registrar el diálogo interno de forma escrita
- Concentración en el desarrollo de visualización
- Participación activa

- **Recursos humanos:** facilitadores y participantes

- **Recursos materiales:**

Papel, Tirro, Plumones, registro del diálogo interno, Lápiz o lapiceros, Sillas, Autorregistros, buzón de sugerencias y trozos de papel.

- **Duración:** 90 minutos

Sesión N°4

Objetivo de la sesión: Promover en los participantes la identificación del diálogo interno negativo y su transformación positiva y adaptativa.

Actividad 1: Retroalimentación y revisión de tareas

Objetivo: constatar la asimilación de los temas desarrollados durante la sesión anterior y la ejecución de la tarea asignada.

Procedimiento:

- ✓ El facilitador o facilitadora preguntará a los participantes si saben o recuerdan ¿Cuáles fueron los temas discutidos en la sesión anterior?, escuchará con atención todas las participaciones voluntarias,
- ✓ Cuando todos han participado el facilitador o facilitadora les da las gracias por su participación y realiza una síntesis de lo tratado en la sesión anterior.
- ✓ A continuación, deberá preguntar a los participantes si realizaron la tarea y prosigue a revisar sus autorregistros y,
- ✓ Puede solicitar a los participantes de manera voluntaria que compartan su experiencia realizando el ejercicio.

Actividad 2: Transformando mi diálogo interno

Técnica: Identificación del pensamiento

Objetivo: concientizar a los participantes sobre el impacto adverso que tiene un diálogo interno negativo en su estado de ánimo y salud física.

Procedimiento:

- ✓ El facilitador o facilitadora proporcionará a los participantes una hoja en la que deberán hacer dos listas de pensamientos en la primera columna deberán escribir los pensamientos dañinos y negativos que con frecuencia se dicen o piensan acerca de sí mismos, mientras que en la segunda columna deberán escribir pensamientos beneficiosos y positivos que se dicen o piensan de ellos, si no los tienen se les debe incentivar a que los formulen

- ✓ Cuando hayan concluido se les proporcionará una hoja de trabajo (**ver anexo 8**) en la cual deberán pensar o narrar una situación reciente en la que se hayan sentido ansiosos, frustrados y/o bastante inquietos, deberán escribir los pensamientos inmediatos que tuvieron, si estos fueron positivos o negativos, cuáles son sus beneficios y/o desventajas, alternativas y conclusiones.
- ✓ El facilitador o facilitadora explicará a los participantes que es importante aprender a parar esos pensamientos negativos, para ello les indicará que se concentren durante cinco minutos en todos los pensamientos negativos o generadores de angustia que llegaron a su mente, indicándoles que ante la palabra ALTO deberán olvidar por completo esos pensamientos e inmediatamente retomar todos aquellos pensamientos positivos que elaboraron previamente.
- ✓ Además, se les recordará a los participantes que, si bien al inicio será difícil, la repetición de este pequeño ejercicio les ayudará a percibir cierto control para afrontar una situación estresante.
- ✓ Cuando todos los participantes hayan concluido el facilitador o facilitadora promoverá una reflexión a través de la participación voluntaria de los miembros del grupo, comentando sus experiencias y aportando a la experiencia de los demás.
- ✓ El facilitador o facilitadora concluye la técnica haciendo énfasis en el efecto de los pensamientos y de cómo mantener un diálogo interno positivo y auto afirmativo genera un estado de bienestar.

Actividad 3: Misma situación, pensamientos diferentes

Técnica: autoinstrucciones

Objetivo: formular una estrategia de acciones y autoafirmaciones ante situaciones que generan ansiedad.

Procedimiento:

- ✓ El facilitador o facilitadora formará dos grupos, al primer grupo asignará los pensamientos negativos y al segundo grupo los pensamientos positivos

- ✓ A continuación, les relatará una situación, por ejemplo: una persona que debe ir a una cita de trabajo, cada grupo deberá formular y expresar una lista de pensamientos o ideas,
- ✓ Cuando los dos grupos han expresado su lista de pensamientos el facilitador o facilitadora cuestiona ¿cómo se sintieron cada uno de los participantes en cada grupo? cuestiona a demás ¿cuáles son los pensamientos que benefician? Y ¿qué debe hacer el sujeto ante la situación?

Actividad 4: Asignación de tareas

Técnica: autoobservación

Objetivo: Dar continuidad a los conocimientos y prácticas realizadas durante la sesión.

Procedimiento:

- ✓ El facilitador o facilitadora entregará a los participantes una hoja de autorregistro de pensamientos positivos o autoafirmaciones (**ver anexo 9**),
- ✓ A continuación, explicará a los participantes como deben cumplimentarlo asegurándose de que todos hayan comprendido sus indicaciones.

Actividad 5: Evaluación de la sesión

Técnica: lluvia de ideas

Objetivo: verificar que los participantes hayan asimilado los temas y ejercicios desarrollados durante la sesión.

Procedimiento:

- ✓ El facilitador o facilitadora realizará las siguientes preguntas al grupo y promoverá una socialización de las mismas:
 1. ¿Qué les gusto de la sesión? Y ¿Qué no?
 2. ¿Qué conocimientos nuevos adquirieron?
 3. ¿Cómo pueden servirles en su vida cotidiana?
 4. ¿Cuáles serían algunas sugerencias para mejorar en esta práctica?

- ✓ Finalmente, el facilitador o facilitadora agradece por su atención y participación a la vez que se les invita a la siguiente sesión.

Indicadores de logro:

- Expresión de sus pensamientos
 - Identificación de pensamientos negativos
 - Toma de conciencia del daño de los pensamientos negativos
 - Aceptación de los beneficios del diálogo interno positivo
 - Disminuyen sus pensamientos negativos
- **Recursos humanos:** facilitadores y participantes
 - **Recursos materiales:** sillas, hojas de trabajo, autorregistros, lápices y/o lapiceros, papel de colores.
 - **Duración:** 90 minutos.

Sesión N° 5

Objetivo de la sesión: Identificar el rol que la ira juega en la vida cotidiana de las personas y como puede verse afectada por los pensamientos automáticos propios.

Actividad 1: Retroalimentación y revisión de tareas

Técnica: Lluvia de ideas

Objetivo: Hacer un recordatorio de las temáticas desarrolladas en la sesión anterior y verificar el cumplimiento de su tarea.

Procedimiento:

- ✓ Se dará la bienvenida a los participantes y se pedirá que voluntariamente hagan un recuento de las actividades realizadas en la sesión anterior, el facilitador o facilitadora animará a que todos los participantes den opiniones
- ✓ Luego el facilitador preguntará por la realización de la tarea, se verifica que grado de dificultad representó para ellos, y se escuchan opiniones de cómo vivenciaron la actividad.

Actividad 2: Exposición sobre la emoción Ira

Técnica: Psicoeducación

Objetivo: Dar a conocer información teórica sobre la emoción de la ira.

Procedimiento:

- ✓ El facilitador o facilitadora pedirá a los participantes que expresen que es para ellos la ira, se irán anotando palabras claves de cada definición en un papelógrafo
- ✓ Luego se explicarán los conceptos teóricos de la emoción Ira
- ✓ Así mismo se pedirá que expresen cuales consideran que son los perjuicios y beneficios de la ira, y se explicará a los participantes cuales son. **(Ver anexo 10)**

Actividad 3: Caminando por la calle

Técnica: Visualización

Objetivo: Verificar la relación entre los pensamientos automáticos, emociones y las sensaciones corporales ante una situación específica.

Procedimiento:

- ✓ El facilitador o facilitadora pedirá a los participantes que tomen una posición cómoda, e indicará que cierren los ojos,
- ✓ Ahora mediante respiraciones lentas y profundas deberán relajarse poco a poco, inhalando por la nariz y exhalando por la boca,
- ✓ Deberán imaginar y tratar de sentir lo que el facilitador o facilitadora vayan indicando: “Mientras caminas por una calle conocida, ves, en la otra acera, a alguien que conoces bien, caminando en sentido contrario. Pero, por más que tratas de llamar su atención, no parece darse cuenta de tu presencia y sigue caminando”

Actividad 4: Mapa de la experiencia

Técnica: identificación de esquemas

Objetivo: Expresar los sentimientos y pensamientos automáticos que se experimentaron ante la situación específica presentada.

Procedimiento:

- ✓ Se entrega a los participantes 4 círculos, en ellos se responderán las siguientes preguntas
- ✓ En el primer círculo se describirá la experiencia, ¿Qué hacía yo? ¿A quién encontramos en la calle?
- ✓ En otro círculo se describen las sensaciones físicas que me provocó la experiencia, ¿Qué noté en mi cuerpo?
- ✓ En el tercer círculo se describen los sentimientos y emociones que causó la situación ¿Qué emociones tuve? ¿Cómo me sentí?

- ✓ En el último círculo se describirán los pensamientos automáticos ante dicha situación, ¿Cuál es mi pensamiento en ese instante en que me enfrento a esa situación?
- ✓ Se pedirá a los participantes que expliquen brevemente su mapa de experiencias.

Actividad 5: Frases incompletas

Técnica: Autoobservación

Objetivo: Identificar mediante la autoobservación como los participantes expresan el enojo.

Procedimiento:

- ✓ A cada participante se entregará una página de papel en la que irán anotadas oraciones incompletas, seguidas de un espacio para que cada participante pueda completar (**Ver anexo 11**).
- ✓ Se dará un lapso de tiempo prudencial para completar las oraciones, luego de ello se pedirá a los participantes que expresen cómo experimentan ellos el enojo.
- ✓ El facilitador o facilitadora mediante un papelógrafo explicará algunas ideas importantes que deben tomarse en cuenta para no elevar más los niveles de ira.

Actividad 5: El cuento

Técnica: Narrativa, Lluvia de ideas

Objetivo: Aprender mediante un cuento la importancia del autocontrol de la ira.

Procedimiento:

- ✓ El facilitador o facilitadora leerá un cuento al grupo en general, titulado “Las cicatrices de los clavos” (**Ver anexo 12**)
- ✓ Pedirá a los participantes que den sus respectivas opiniones sobre el cuento y luego se hará una breve reflexión.

Actividad 6: Asignación de tareas

Técnica: Autoobservación

Objetivo: Identificar los momentos que les hicieron enojar durante la semana.

Procedimiento:

- ✓ En Autoregistros proporcionados por los facilitadores las personas elaborarán un listado de las ocasiones en que se enojan o tienen un disgusto durante la semana (**Ver anexo 13**)
- ✓ Se explicará los pasos correspondientes para el llenado del autorregistro.

Actividad 7: Evaluación de la sesión

Técnica: Marcado de rostro

Objetivo: Conocer las fortalezas y debilidades que tuvo la sesión desarrollada.

Procedimiento:

- ✓ Se entregará a cada participante una página con diferentes preguntas y emociones
- ✓ A cada pregunta se le asignará una emoción de cómo evalúan la sesión realizada (**Ver anexo 14**)

Indicadores de logros:

- Reconocimiento de pensamientos automáticos
- Identificación de la expresión de enojo
- Toma de conciencia de las sensaciones y sentimientos provocados por la ira
- Capacidad de concentración
- Participación voluntaria y activa

- **Recursos humanos:** facilitadores y participantes

- **Recursos materiales:**

Papel, Tirro, Plumones, Cuento, Círculos de papel, Lápices o lapiceros, Silla, Autorregistros

- **Duración:** 90 minutos.

Área conductual:

Sesión N° 6

Objetivo de la sesión: Entrenar a los pacientes en el manejo y gestión de estrategias para afrontar de manera adaptativa las situaciones cotidianas estresantes.

Actividad 1: Retroalimentación

Objetivo: constatar la asimilación de los temas desarrollados durante la sesión anterior.

Técnica: Lluvia de ideas

- ✓ El facilitador o facilitadora preguntará a los participantes si recuerdan ¿de qué se trató la sesión anterior? Y escuchará con atención todas las participaciones voluntarias,
- ✓ Además, puede dirigir la pregunta a uno/a de los participantes que aún no hayan expresado su opinión.
- ✓ Cuando todos han participado el facilitador o facilitadora toma la palabra y les da las gracias por su participación y,
- ✓ finalmente realiza una síntesis de lo tratado en la sesión anterior. A continuación, comparte con los demás el objetivo de esta sesión.

Actividad 2: Exposición sobre el estrés

Técnica: Psicoeducación

Objetivo: Definir que es el estrés y cuál es su importancia e influencia en el mantenimiento o pérdida de la salud.

Procedimiento:

- ✓ El facilitador o facilitadora iniciará preguntando a los participantes ¿qué entienden por estrés? ¿Cómo creen que el estrés afecta su salud? Y ¿Qué sienten cuando tienen estrés?
- ✓ Después de discutir estas preguntas y sus respuestas, les presentará el tema empezando por una definición de estrés, para ello hará uso de un marco teórico que respalde sus argumentos (**ver anexo 15**), siempre ha de cuidar que su lenguaje sea comprensible para los participantes.

- ✓ Así mismo continuará explicando la importancia e influencia del estrés en la salud y sobre todo en la hipertensión.
- ✓ Cuando el facilitador o facilitadora haya explicado la teoría a los participantes, puede realizar preguntas a estos, con el propósito de verificar que se hayan comprendido los términos expresados y la dinámica del estrés en la salud.

Actividad 3: Conciencia y cuerpo

Técnica: Conocimiento del cuerpo

Objetivo: conocer y hacer consciente el propio cuerpo e identificar las zonas de tensión que hay en él.

Procedimiento:

- ✓ Se invitará a los participantes a sentarse procurando estar cómodos y se les indica que deben cerrar sus ojos
- ✓ El facilitador o facilitadora pedirá que traten de concentrar su atención en el mundo exterior, es decir, en todo aquello que les rodea dentro del recinto de la sesión y más allá
- ✓ Para ello, formulará frases del tipo: “soy consciente de las personas que están en esta habitación, soy consciente del sonido de su respiración,” “soy consciente de las personas que están en la calle, del ruido de los carros, de que está lloviendo, de que hace calor”, etc.
- ✓ Luego de haber tomado consciencia de lo que les rodea, el facilitador o facilitadora dirigirá la atención de los participantes a su propio cuerpo y sus sensaciones físicas, es decir, a su mundo interior, por ejemplo: “soy consciente de mi respiración, siento como mi estómago se infla al inhalar el aire, soy consciente de que tengo frío o calor, soy consciente de mis manos y de la tensión que hay en ellas cuando cierro mis puños y de cómo se libera la presión al abrirlas lentamente, soy consciente de mi cuello y de cómo siento tensión, soy consciente de cómo se libera esa presión al mover mi cuello en pequeños círculos”, etc.

- ✓ El facilitador o facilitadora continuará mencionando partes del cuerpo reconocidas como zonas de tensión muscular, de manera que los participantes reconozcan los síntomas físicos del estrés.
- ✓ Después de esto, se les pedirá a los participantes que pasen de un tipo de consciencia a otra (por ejemplo, soy consciente de que la silla es muy dura, de que la lámpara está encendida, etc.).
- ✓ Finalmente, el facilitador propiciará una exposición de las experiencias y sensaciones de cada uno, conversando ¿cuáles son sus zonas de tensión? y ¿cuáles son sus sensaciones físicas cuando experimentan estrés?

Actividad 4: Observando mi respiración

Técnica: respiración profunda

Objetivo: entrenar a los participantes en la ejecución de una adecuada respiración como estrategia para afrontar las situaciones de estrés.

Procedimiento:

- ✓ El facilitador o facilitadora indicará a los participantes que pueden quedarse en la misma posición cómoda en que se realizó la técnica anterior o, adoptar otra postura que les proporcione mayor confort.
- ✓ A continuación, les explicará brevemente los beneficios de una respiración profunda y diafragmática,
- ✓ Para mayor concentración se acompañará el ejercicio de respiración de música instrumental muy tenue, se les indicará a los participantes que cierren sus ojos,
- ✓ Se les indicará que pongan una mano en su pecho y otra en su abdomen, para asegurarse de que llevan el aire a las zonas indicadas.
- ✓ Se les pedirá que inhalen lenta y profundamente y que visualicen como su abdomen se llena de aire (no deben mover su pecho)
- ✓ Ahora deberán exhalar despacio notando como su abdomen se desinfla, deberán inhalar nuevamente durante cuatro segundos y al terminar esta inhalación tratar de contener el aire unos segundos más.

- ✓ Se repite el ejercicio un par de veces dejando un descanso de cinco segundos

Actividad 5: Asignación de tareas

Técnica: autoobservación

Objetivo: Dar continuidad a los conocimientos y prácticas realizadas durante la sesión.

Procedimiento:

- ✓ Al terminar el entrenamiento en respiración el facilitador o facilitadora les entregará a los participantes un autorregistro (**ver anexo 16**), asegurándose de enseñarles como cumplimentarlo,
- ✓ Para ello, se les ejemplificará retomando su ejecución actual llenando con ellos el primer recuadro del autorregistro,
- ✓ El facilitador o facilitadora debe preguntar si todos los participantes han comprendido cómo deben llenar el autorregistro, si hay dudas aclararlas.
- ✓ Finalmente les indicará que practiquen el ejercicio de respiración profunda por lo menos una vez al día y al terminar deberán completar su autorregistro.

Actividad 6: Evaluación de la sesión:

Técnica: El rincón preguntón

Objetivo: verificar que los participantes hayan asimilado los temas y ejercicios desarrollados durante la sesión

Procedimiento:

- ✓ Previo a la sesión, el facilitador o facilitadora ubicará en una esquina de la sala globos en cuyo interior se encuentran preguntas respecto a la sesión y las actividades realizadas,
- ✓ Se solicitará a los participantes que formen un círculo y el facilitador o facilitadora se ubicará al centro,

- ✓ Deberá hacer dos giros y al final señalará a uno/a de sus compañeros/as seguido de la palabra izquierda o derecha, quien se encuentre a la izquierda o derecha, de la persona señalada deberá tomar un alfiler y dirigirse al rincón de las preguntas, seleccionar un globo y reventarlo para conocer cuál es el cuestionamiento al que debe responder,
- ✓ Finalmente, esta persona tomará el lugar del facilitador y se repite el procedimiento. Las preguntas a responder serán: ¿Qué tema le pareció significativo? ¿Cómo se sintió con las técnicas realizadas? ¿En qué áreas de su vida puede aplicarlas?

Indicadores de logro:

- Comprensión del estrés y sus consecuencias para la salud
- Expresión de síntomas de estrés
- Reconocimiento de las propias zonas de tensión muscular
- Concentrarse fácilmente en la actividad
- Expresiones verbales de relajación y sensación de bienestar
- **Recursos humanos:** facilitadores y participantes
- **Recursos materiales:** sillas, reproductor de sonido, autorregistros, lápices y/o lapiceros, globos, alfileres.
- **Duración:** 90 minutos

Sesión N° 7

Objetivo de la sesión: Entrenar a los participantes en el control de la activación psicofisiológica a través de la relajación.

Actividad 1: Retroalimentación y revisión de tareas

Objetivo: constatar la asimilación de los temas desarrollados durante la sesión anterior y la ejecución de la tarea asignada.

Procedimiento:

- ✓ El facilitador o facilitadora pide a los participantes que le ayuden a recordar los temas que se discutieron y las técnicas que se realizaron en la sesión anterior,
- ✓ Se espera que los participantes comenten voluntariamente y se presta atención a sus aportaciones, si no hubiera participaciones el facilitador debe inducirlas con frases como “Yo recuerdo que...ustedes que opinan” “pero creo que se me escapa algo más... ¿Qué será?”,
- ✓ Seguidamente, se procede a la revisión de la tarea y se promueve una discusión sobre las facilidades o complicaciones que experimentaron en el cumplimiento de esta.

Actividad 2: Exposición sobre relajación

Técnica: Psicoeducación

Objetivo: Explicar a los participantes que es la relajación y los beneficios de la misma en la salud integral.

Procedimiento:

- ✓ El facilitador o facilitadora presentará a los participantes dos imágenes, la primera que refleje tranquilidad y relajación y la segunda que refleje preocupación o angustia (**ver anexo 17**),
- ✓ A continuación, les preguntará ¿qué piensan o sienten cuando ven cada una de las imágenes?, y ¿cómo creen que se sienten los sujetos de la imagen?,

- ✓ Si alguno expresa relajado o tranquilo, el facilitador debe tomar este aporte para introducir el tema y preguntar ¿qué es? o ¿qué entienden los participantes por relajación?
- ✓ Después de escuchar y discutir las opiniones se les explicará a los participantes en qué consiste la relajación, cuáles son sus beneficios en la salud y porque es importante habituarnos a practicarla (**ver anexo 18**)
- ✓ El facilitador o facilitadora deberá adecuar su lenguaje de tal manera que la información sea claramente comprendida por los participantes.

Actividad 3: Tensión/distensión

Técnica: relajación muscular progresiva

Objetivo: enseñar a los participantes a identificar el nivel de tensión muscular que experimentan en las diferentes partes de su cuerpo y como relajarlas.

Procedimiento:

- ✓ El facilitador o facilitadora invitará a los participantes a tomar una posición cómoda, sentado cómodamente en una silla que permita apoyar la cabeza, con toda la espalda descansando sobre el respaldo. Los pies sobre el suelo y las manos sobre el reposabrazos. Si las condiciones de la sala lo permiten todos pueden estar recostados en el suelo sobre colchonetas o algún material suave,
- ✓ A continuación, les indicará que dirijan la atención al brazo derecho, a la mano derecha en particular, ciérrala, estréchala con fuerza, y observa la tensión que se produce en la mano, y en el antebrazo (durante unos 5 segundos).
- ✓ Deja de hacer fuerza, relaja la mano y déjala descansar donde la tienes apoyada. Observa la diferencia que existe entre la tensión y la relajación (10 segundos).
- ✓ Cierra otra vez con fuerza el puño derecho y siente la tensión en la mano y el antebrazo, obsérvalo detenidamente (10 segundos).
- ✓ Y ahora afloja los músculos y deja de hacer fuerza permitiendo que los dedos se distiendan relajados. Nota una vez más la diferencia entre tensión muscular y relajación (10 segundos).

- ✓ El facilitador o facilitadora continuará con los ejercicios de tensión y distensión hasta culminar con ocho de los 16 grupos musculares: manos, bíceps, hombros, frente, ojos, mandíbula, garganta, labios.
- ✓ Permitirá a los sujetos disfrutar de este estado por unos minutos y luego el facilitador o facilitadora empezará una cuenta regresiva tras la cual todos pueden re-incorporarse lentamente.

Actividad 4: Suelta el aire

Técnica: Respiración profunda

Objetivo: dar continuidad al estado de relajación y sensación de bienestar experimentado por los participantes.

Procedimiento:

- ✓ El facilitador o facilitadora solicitará a los participantes que cierren sus ojos y hagan una fuerte y larga expulsión de aire, vaciando completamente sus pulmones,
- ✓ Deberán inhalar hasta que su propio cuerpo lo haga, es decir, no se trata de hacer una exhalación y después “hacer” una inhalación, sino de hacer voluntariamente la exhalación y después dejar que espontáneamente el cuerpo inhale, cuando lo necesite.
- ✓ Después de que se haga la inhalación, se les solicitará que hagan otra exhalación fuerte que vacíe sus pulmones. Y volverán a esperar a que su cuerpo inhale espontáneamente.
- ✓ El facilitador o facilitadora repite el proceso algunas veces más exhalando fuertemente y vaciando sus pulmones, hasta que los participantes comprueben que la presión ha disminuido y se sientan tranquilos.
- ✓ Con esa nueva sensación de calma, les dará la siguiente consigna: “las cosas son del color del cristal con que se mira”. “Cuando estamos tranquilos las cosas se ven diferentes, ahora sé que todo irá mejor pues yo estoy mejor”.
- ✓ Se les indicará que abran lentamente sus ojos y cuando todos se han incorporado se socializa la experiencia.

Actividad 5: Asignación de tareas

Técnica: autoobservación

Objetivo: Dar continuidad a los conocimientos y prácticas realizadas durante la sesión.

Procedimiento:

- ✓ El facilitador o facilitadora proporcionará a los participantes una hoja de autorregistro (ver **anexo 19**), el cual deberán cumplimentar con la práctica de la relajación muscular progresiva,
- ✓ Se les indicará que deben practicar en casa todo el procedimiento de la técnica realizado durante la sesión por lo menos dos veces al día.

Actividad 6: Evaluación de la sesión

Técnica: lluvia de ideas

Objetivo: verificar que los participantes hayan asimilado los temas y ejercicios desarrollados durante la sesión.

Procedimiento:

- ✓ El facilitador o facilitadora realizará las siguientes preguntas al grupo y promoverá una socialización de las mismas:
 1. ¿Cómo se sintieron?
 2. ¿Qué conocimientos nuevos adquirieron?
 3. ¿Cómo pueden servirles en su vida cotidiana?
 4. ¿Cuáles fueron las dificultades? Y ¿Cómo superarlas?
- ✓ Finalmente, el facilitador o facilitadora agradecerá por su atención y participación a la vez que les invitará a la siguiente sesión.

Indicadores de logro:

- Identificación de estados de tensión y relajación
 - Capacidad de concentración
 - Expresión de sensaciones de bienestar
 - Respiración consciente y profunda
-
- **Recursos humanos:** facilitadores y participantes

 - **Recursos materiales:** sillas cómodas o colchonetas, toallas, hojas de trabajo, autorregistros, lápices y/o lapiceros, papel de colores.

 - **Duración de la sesión:** 90 minutos.

Sesión N° 8

Objetivo de la sesión: Reforzar el entrenamiento en el control de la activación psicofisiológica a través de la relajación.

Actividad 1: Retroalimentación y revisión de tareas

Objetivo: constatar la asimilación de los temas desarrollados durante la sesión anterior y la ejecución de la tarea asignada.

Procedimiento:

- ✓ El facilitador o facilitadora pregunta al grupo cuáles fueron los temas y las actividades realizadas en la sesión anterior,
- ✓ Se deberá procurar que todos participen en esta retroalimentación,
- ✓ Seguidamente, se procede a la revisión de la tarea y se promueve una discusión sobre las facilidades o complicaciones que experimentaron en el cumplimiento de esta.

Actividad 2: las cosas que me ponen tenso/a

Técnica: lluvia de ideas

Objetivo: identificar los eventos cotidianos que alteran el estado emocional de los participantes generándoles estrés y tensión.

Procedimiento:

- ✓ El facilitador o facilitadora indicará a los participantes que piensen en las cosas que les ponen tensos,
- ✓ Les entregará una hoja de papel y les indicará que seleccionen tres de esos hechos, personas o situaciones, y los escriban del mayor a menor,
- ✓ A continuación, les preguntará ¿Cómo creen que la relajación puede ayudarles en esas situaciones? Se motiva a que todos comenten,
- ✓ A continuación, les explica que es importante desarrollar la capacidad de auto inducirnos estados de relajación, lo que a su vez les ayudará a afrontar efectivamente estas situaciones.

Actividad 3: Tensión/distensión

Técnica: relajación muscular progresiva

Objetivo: enseñar a los participantes a identificar el nivel de tensión muscular que experimentan en las diferentes partes de su cuerpo y como relajarlas.

Procedimiento:

- ✓ El facilitador o facilitadora indicará a los participantes que se ubiquen en una posición cómoda,
- ✓ A continuación, les dirá que continuarán con los ejercicios de relajación que iniciaron en la sesión anterior,
- ✓ Les pedirá que en esta ocasión dirijan la atención a su cuello, deberán inhalar mientras rotan su cuello hacia la derecha ejerciendo fuerza, se les indica que observen conscientemente la tensión en su cuello (durante unos 5 segundos).
- ✓ Se prosigue indicándoles que dejen de hacer fuerza y devuelvan su cuello a la posición inicial y observen la diferencia que existe entre la tensión y la relajación (10 segundos).
- ✓ El facilitador o facilitador preguntará ¿Cómo siente ahora su cuello? Lo cual deberán meditar mentalmente,
- ✓ Se continuará con los ejercicios de tensión y distensión hasta culminar con los grupos musculares restantes: tronco, hombros, pecho, abdomen, caderas, piernas y al terminar,
- ✓ Se les indicará que en la misma postura realicen un escáner de cada zona de su cuerpo y observen con atención qué sensaciones tienen, luego el facilitador o facilitadora les dará la consigna de realizar tres inhalaciones profundas para luego reincorporarse lentamente.

Actividad 4: Asignación de tareas

Técnica: autoobservación

Objetivo: Dar continuidad a los conocimientos y prácticas realizadas durante la sesión.

Procedimiento:

- ✓ El facilitador o facilitadora proporcionará nuevamente a los participantes una hoja de autorregistro (**ver anexo 20**), el cual deberán cumplimentar con la práctica de la relajación muscular progresiva,
- ✓ Se les indicará que deben practicar en casa todo el procedimiento de la técnica realizado durante la sesión por lo menos dos veces al día.

Actividad 5: Evaluación de la sesión

Técnica: lluvia de ideas

Objetivo: verificar que los participantes hayan asimilado los temas y ejercicios desarrollados durante la sesión.

Procedimiento:

- ✓ El facilitador o facilitadora realizará las siguientes preguntas al grupo y promoverá una socialización de las mismas:
 1. ¿Cómo se sintieron?
 2. ¿Qué conocimientos nuevos adquirieron?
 3. ¿Cómo pueden servirles en su vida cotidiana?
 4. ¿Cuáles fueron las dificultades? Y ¿Cómo superarlas?
- ✓ Finalmente, el facilitador o facilitadora agradece por su atención y participación a la vez que les invita a la siguiente sesión.

Indicadores de logro:

- Identificación de personas y situaciones estresantes
 - Capacidad de autorelajación
 - Afrontamiento efectivo de personas y situaciones estresantes
 - Concentrarse fácilmente en la actividad
 - Expresiones verbales de relajación y sensación de bienestar
-
- **Recursos humanos:** facilitadores y participantes

 - **Recursos materiales:** sillas cómodas o colchonetas, toallas, hojas de trabajo, autorregistros, lápices y/o lapiceros, papel de colores.

 - **Duración:** 90 minutos.

Sesión N° 9

Objetivo de la sesión: Reconocer que es la ansiedad, como se manifiesta y saber enfrentarse a ella con una atención plena que les facilite la toma de decisiones.

Actividad 1: Retroalimentación y revisión de tareas

Técnica: Lluvia de ideas

Objetivo: Hacer un recordatorio de las temáticas desarrolladas en la sesión anterior y verificar el cumplimiento de su tarea.

Procedimiento:

- ✓ Se dará la bienvenida a los participantes y se pedirá que voluntariamente hagan un recuento de las actividades realizadas en la sesión anterior, el facilitador o facilitadora animará a que todos los participantes den opiniones
- ✓ Luego el facilitador preguntará por la realización de la tarea en casa, se verifica que grado de dificultad representó para ellos, y se escuchan opiniones de cómo vivenciaron la actividad.

Actividad 2: Exposición sobre la ansiedad

Técnica: Psicoeducación

Objetivo: Conocer que es la ansiedad, los síntomas frecuentes y posibles causas.

Procedimiento:

- ✓ El facilitador o facilitadora dará la bienvenida a los participantes y explicará el objetivo de la sesión,
- ✓ Se realizarán preguntas a los miembros del grupo, ¿Qué es la ansiedad? ¿Qué han escuchado sobre la ansiedad? ¿Se han sentido ansiosos en algún momento de su vida?
- ✓ Mediante un rotafolio describirá teóricamente que es la ansiedad y como se manifiesta en las personas, cuales son los síntomas más comunes (**Ver anexo 21**)
- ✓ Luego se preguntará si reconocen que han experimentado esos síntomas, se pedirá que algún voluntario mencione una situación en la que ha experimentado ansiedad.

Actividad 2: Escáner corporal

Técnica: Toma de conciencia

Objetivo: Reconocer lo que sucede en el momento presente, a través de la observación y la aceptación ecuánime de las sensaciones corporales

Procedimiento:

- ✓ Se pedirá a los participantes que se sienten cómodamente, de la forma que para ellos resulte placentero,
- ✓ Luego deberán cerrar sus ojos, e ir tratando de ser conscientes de cada una de las partes de su cuerpo, iniciando por los dedos de sus pies y finalizando en la cabeza, deben pensar y sentir sus dedos, evitando hacer comentarios o juicios mentales sobre estos. Deberán pensar en su pie, solo deben ser consiente del pie, luego en los dedos de su pie, en las uñas, piernas, rodillas, así sucesivamente de cada una de las partes del cuerpo hasta llegar a la cabeza,
- ✓ Se anima a las personas a realizar el ejercicio, si no logran concentrarse no hay problema sólo deben intentarlo,
- ✓ Al finalizar se hace un breve sondeo de cómo les ha ido en esa experiencia y si hay dudas con respecto a la práctica.

Actividad 3: Piloto automático

Técnica: Toma de conciencia

Objetivo: Promover el desarrollo de la capacidad de atención y concentración para ser consciente de lo que sucede en nuestro cuerpo y mente.

Procedimiento:

- ✓ El facilitador o facilitadora entregará a cada participante tres almendras, y dará la indicación que se coman una de las tres que han sido entregadas (conciencia normal), se da un tiempo prudencial para que puedan comer la almendra
- ✓ Luego de este tiempo se les indica que tomen una almendra más, pero esta vez se indica al grupo a que dedique los primeros minutos a observarla, con atención plena en los detalles de la almendra, como si fuera la primera vez que ven una almendra, que sientan su textura, la forma, si es rugosa, lisa, suave o dura, que conozcan su olor; después se llevarán la almendra a su boca pero aun sin masticarla todavía, observando la forma de cómo se distribuye en su boca, se dará entonces la indicación de que mastiquen la almendra, siendo conscientes de los detalles que implica el proceso,
- ✓ En la tercera almendra la persona la toma con atención plena, solo que esta vez ya no serán guiados por el facilitador o facilitadora, será a su propio ritmo,
- ✓ Cuando los participantes indiquen que han terminado se pondrá en común las experiencias de cada uno, y haciendo conciencia de que se puede convertir algo ordinario en extraordinario.

Actividad 4: La paz perfecta

Técnica: Narrativa

Objetivo: Reflexionar sobre las dificultades que muchas veces se presentan en la vida, y que la paz perfecta no está exenta de problemas.

Procedimiento:

- ✓ El facilitador o facilitadora pedirá a los participantes que pongan atención a una breve historia que les leerá, (**ver anexo 22**)
- ✓ Pedirá opiniones a los participantes sobre cual pintura habrían escogido ellos, ¿Qué opinan sobre la elección del Rey? ¿Qué les pareció la historia?
- ✓ Se hará una reflexión sobre la historia, la paz perfecta no es un sitio, un estado en el que no se tienen problemas, sino más bien, un sentimiento de tranquilidad y aceptación personal. Actualmente se vive en una sociedad con mucho conflicto,

personas que permanecen ansiosas constantemente por la situación conflictiva del país, por las problemáticas que surgen en la familia, por situaciones económicas desfavorables y más, pero es mediante la forma de cómo las personas se sobreponen a estos obstáculos pueden encontrar su sentimiento de bienestar y satisfacción personal.

Actividad 4: Asignación de tareas

Técnica: Autoobservación

Objetivo: Practicar actividades realizadas en la sesión, para tomar conciencia de las acciones que realizamos de manera automáticas durante la semana y así también practicar el escáner corporal.

Procedimiento:

- ✓ Se entregará a cada participante una página en la que registrarán la práctica de la semana,
- ✓ Se deberá elegir una actividad rutinaria de la vida diaria y realizar un esfuerzo por llevar una plena conciencia momento a momento de lo que sucede en esa actividad, durante toda la semana (**Ver anexo 23**)
- ✓ Se darán ejemplos de cómo realizar el llenado en el registro diario.

Actividad 5: Evaluación y despedida de la sesión

Objetivo: Verificar el desempeño que se logró en la sesión realizada.

Procedimiento:

- ✓ Se formarán parejas y a cada uno se les entregarán 3 círculos de colores, en el círculo de color rojo se escribirá lo que más me gustó de la sesión, en el círculo verde se escribirá lo que menos me gustó de la sesión y en el círculo amarillo se darán aportes para mejorar en la próxima sesión.
- ✓ Uno de los miembros de la pareja deberá informar al grupo cuáles son sus aportes.
- ✓ Se da las gracias por su participación y se les invita a realizar la tarea y asistir a la siguiente sesión.

Indicadores de logros:

- Comprensión del concepto de ansiedad y como se manifiesta
- Toma de conciencia de las sensaciones corporales
- Capacidad de atención y concentración
- Expresión de pensamientos
- Comprensión de la importancia de lograr una conciencia plena

- **Recursos humanos:** facilitadores y participantes

- **Recursos materiales:** Rotafolio de la ansiedad, Almendras, Cuento, Círculos de colores, Lápices o lapiceros, Silla, Autorregistros

- **Duración:** 90 minutos

Área social:

Sesión N° 10

Objetivo de la sesión: Identificar los diferentes estilos de comunicación y las desventajas de cada los estilos pasivo y agresivo cuando se relacionan con las otras personas.

Actividad 1: Revisión de tareas y recordatorio de sesión anterior

Técnica: Lluvia de ideas

Objetivo: Verificar si los participantes han puesto en práctica lo aprendido en la sesión y que recuerdan de lo visto en la sesión anterior.

Procedimiento:

- ✓ El facilitador o facilitadora preguntará a los participantes si realizaron la tarea, y pedirá que den comentarios sobre la realización de la misma, lo que más les costó realizar, lo que sintieron más fácil.
- ✓ Así también, se preguntará que recuerdan de la sesión anterior, que actividades se realizaron, que temas se trabajaron, etc.
- ✓ Se explica el objetivo de la nueva sesión

Actividad 2: Relajación

Técnica: Respiración diafragmática

Objetivo: Facilitar el control voluntario de sus respiraciones para afrontar de mejor manera las situaciones estresantes.

Procedimiento:

- ✓ Colócate en una posición cómoda e intenta relajar los músculos.
- ✓ Sitúa una mano en el pecho y otra sobre el estómago.
- ✓ Toma aire lentamente por la nariz llevando el aire hasta la mano que tienes en el estómago. La mano del pecho debe quedar inmóvil.
- ✓ Cuando consigas llevar el aire hasta allí, retenlo durante un par de segundos.

- ✓ Suelta el aire poco a poco por la boca, de manera que sientas como se va hundiendo el estómago y la mano del pecho sigue inmóvil.
- ✓ Repite varias veces este ejercicio.

Actividad 3: Psicoeducación de los estilos de comunicación

Técnica: Expositiva, Lluvia de ideas

Objetivo: Comprender la importancia de comunicar adecuadamente lo que sienten y piensan.

Procedimiento:

- ✓ El facilitador o facilitadora preguntará a los participantes ¿Qué es para ellos la comunicación?
- ✓ Mediante paleógrafos, se explicará que es la comunicación, y se hará énfasis en la comunicación asertiva, las ventajas que tiene, así también se explicarán los estilos pasivo y agresivo de la comunicación y las desventajas que tienen en las relaciones que se establecen con las demás personas (**Ver anexo 24**)
- ✓ Se aclararán las dudas que tengan de los diferentes estilos de comunicación.

Actividad 4: Ensayando mis conductas

Técnica: Role playing

Objetivo: Ensayar las conductas que caracterizan cada uno de los estilos de comunicación.

Procedimiento:

- ✓ El facilitador o facilitadora realizará al azar 3 grupos, de 4 miembros cada grupo.
- ✓ A cada grupo entregará una situación problema, y mediante una rifa se asignará un estilo de comunicación, el grupo deberá realizar una dramatización de la situación problema aplicando las características principales del estilo de comunicación que les fue asignado en la rifa. (**ver anexo 25**)
- ✓ Al finalizar cada una de las dramatizaciones, se identificará con el grupo, que estilo de comunicación representó cada uno, y que características identificaron en cada estilo de comunicación.

- ✓ Se enfatiza la importancia de tener una buena comunicación con las demás personas que nos rodean.

Actividad 6: Asignación de tarea

Técnica: Autoobservación

Objetivo: concientizar a los participantes sobre la forma agresiva, pasiva o asertiva que adopta en la interacción con las demás personas.

Procedimiento:

- ✓ A cada participante se le hará entrega de un autoregistro que deberá llenar durante la semana.
- ✓ Se registrarán los estilos de comunicación que utilizan en la interacción con las demás personas, ya sean dentro o fuera de la familia. (**Ver anexo 26**)

Actividad 7: Evaluación de la sesión

Objetivo: Verificar lo que aprendieron los participantes en la sesión realizada.

Procedimiento:

- ✓ Se pedirá a los participantes que de manera voluntaria respondan a las siguientes interrogantes, ¿Qué he aprendido en esta sesión?, ¿Cómo me he sentido en la realización de las actividades?, ¿Qué fue lo que me gustó más? ¿Qué fue lo que menos me agradó de la sesión?
- ✓ Posteriormente se agradece a todo el grupo su colaboración y participación y se les anima a continuar asistiendo en las próximas sesiones.

Indicadores de logros:

- Concentración y capacidad de relajarse
 - Reconocimiento de los estilos de comunicación en diferentes contextos
 - Integración y comunicación grupal
 - Identificación del estilo más adecuado en la comunicación
 - Reconocimiento del estilo de comunicación más usado por el grupo
-
- **Recursos Humanos:** Facilitadores y participantes

 - **Recursos Materiales:** Papel, plumones, situaciones problema, Autorregistro, frases incompletas

 - **Duración de la sesión:** 90 minutos

Sesión N° 11

Objetivo de la sesión: Entrenar a los participantes en el método de resolución de problemas como estrategia para reducir fuentes de estrés.

Actividad 1: Retroalimentación y revisión de tareas

Objetivo: constatar la asimilación de los temas desarrollados durante la sesión anterior y la ejecución de la tarea asignada.

Técnica: Lluvia de ideas

Procedimiento:

- ✓ El facilitador o facilitadora preguntará a los participantes si recuerdan ¿de qué se trató la sesión anterior? Y escuchará con atención todas las participaciones voluntarias,
- ✓ Cuando todos han participado el facilitador o facilitadora les dará las gracias por su participación y realizará una síntesis de lo tratado en la sesión anterior.
- ✓ A continuación, prosigue preguntando si realizaron la tarea que les fue asignada en la sesión anterior y procederá a revisar sus autorregistros,
- ✓ Solicitará dos o tres voluntarios para que compartan su experiencia realizando el ejercicio o comentando su experiencia respecto a esta práctica.

Actividad 2: Exposición sobre resolución de problemas

Técnica: Psicoeducación

Objetivo: definir y comprender conceptos claves como resolución de problemas, problema, solución, estrés, afrontamiento y emoción.

Procedimiento:

- ✓ El facilitador o facilitadora presentará el tema de la sesión a los participantes y les preguntará ¿Qué entienden por problema/s? y ¿Cómo se sienten cuando tienen uno o muchos problemas?

- ✓ Escuchará con atención todas las opiniones y agradecerá a los participantes, a continuación, expondrá y explicará conceptos esenciales en la teoría de resolución de problemas (**ver anexo 27**),
- ✓ Siempre deberá adecuar su lenguaje al nivel de escolaridad y comprensión de los participantes, procurando que la metodología sea expositiva y participativa.

Actividad 3: Una o más soluciones

Técnica: Resolución de problemas

Objetivo: ayudar a los participantes a identificar y resolver problemas cotidianos que les generan estados de estrés constantes.

Procedimiento:

- ✓ El facilitador o facilitadora proporcionará una hoja de trabajo (**ver anexo 28**) a los participantes y les pedirá que piensen en un problema que tengan o hayan tenido recientemente,
- ✓ Se les indicará que lo describan en la hoja lo más claramente que sea posible y que, siguiendo los pasos descritos anteriormente intenten resolverlo,
- ✓ Cuando todos los participantes hayan terminado se les incentivará a que compartan su experiencia con los demás miembros del grupo.
- ✓ Así mismo se incentivará al resto del grupo a analizar los problemas y compartir sus opiniones sobre la mejor estrategia para su solución.

Adaptaciones: en caso de que los participantes no puedan escribir la técnica se puede desarrollar como una lluvia de ideas y el facilitador o facilitadora registra las respuestas y propuestas de los participantes, de manera que el grupo en conjunto llegue a conclusiones sobre el problema.

Actividad 4: Aprendiendo a relajarme

Técnica: Respiración y visualización

Objetivo: proporcionar estrategias de desactivación fisiológica que ayuden a los participantes a auto inducir estados de relajación.

Procedimiento:

- ✓ El facilitador o facilitadora indicará a los participantes que se sienten cómodamente en la silla y que cierren sus ojos,
- ✓ A continuación, les pedirá que respiren profundamente sintiendo como su estómago infla y que exhale lentamente,
- ✓ Nuevamente se les indica que inhalen y exhalen lenta y profundamente pudiendo exhalar por la nariz o la boca,
- ✓ El facilitador o facilitadora les sugestionará a que sean conscientes de cada elemento de su respiración y se les indica que ahora imaginen que están en un lugar lleno de paz y tranquilidad y que vean en su mente ese lugar que puede ser: un lago, el mar, una montaña o simplemente estar bajo un árbol,
- ✓ Se les invita a familiarizarse con ese lugar, el color de la grama, el cielo, la frescura del aire, los sonidos a su al redor,
- ✓ Se les consignará que vivan su escena con expresiones como: “siéntate allí, siente los rayos del sol envolviéndote, el ritmo de los sonidos”
- ✓ Ahora que realmente te sientes allí, imagina lo que quieres hacer: reposar sobre la grama, observar el lago, meterte al agua, caminar por el lugar, etc.,
- ✓ Finalmente, se les sugestionará a mantener un adecuado estado de ánimo y liberarse del estrés: “ahora imagina como tienes paz durante todo este día, como alcanzas algo que habías anhelado y cómo te sientes relajado y el estrés te abandona, imagínate libre y entusiasta”.

Actividad 5: Asignación de tareas

Técnica: autoobservación

Objetivo: Dar continuidad a los conocimientos y prácticas realizadas durante la sesión.

Procedimiento:

- ✓ El facilitador o facilitadora les entregará a los participantes un autorregistro (**ver anexo 29**), asegurándose de enseñarles como cumplimentarlo,

- ✓ Para ello, se les ejemplificará cumplimentando con ellos el primer recuadro del autorregistro,
- ✓ Deberá preguntar si todos los participantes han comprendido como deben llenar el autorregistro, si hay dudas aclararlas y les da la siguiente consigna: registrar por lo menos una situación problemática que les sucede durante el día y tratar de aplicar el método de resolución de problemas practicado en la sesión.
- ✓ Finalmente les indicará que continúen practicando el ejercicio de respiración profunda y visualización por lo menos una vez al día.

Actividad 6: Evaluación de la sesión:

Técnica: colores y preguntas

Objetivo: verificar que los participantes hayan asimilado los temas y ejercicios desarrollados durante la sesión.

Procedimiento:

- ✓ El facilitador o facilitadora entregará a los participantes una bola de papel de diferentes colores,
- ✓ Les indicará que al escuchar la música deben pasar entre toda la bola de papel, cuando la música pare quien tenga la bola deberá quitarle una de sus capas y responder a la pregunta escrita en ella,
- ✓ Las preguntas deben ser formuladas previamente por los facilitadores y pueden dirigirse al contenido teórico de la sesión, a la experiencia personal durante la sesión, ejemplos prácticos de las técnicas realizadas y/o sugerencias metodológicas.

Indicadores de logro:

- Identificación clara del problema
- Reconocimiento de la propia responsabilidad en el problema
- Capacidad de proponer soluciones
- Expresión de sentimientos de competencia en la solución del problema
- Ejecución y valoración de la alternativa practicada

- **Recursos humanos:** facilitadores y participantes

- **Recursos materiales:** sillas, reproductor de sonido, hojas de trabajo, autorregistros, lápices y/o lapiceros, papel de colores.

- **Duración:** 90 minutos.

Sesión N° 12

Objetivo de la sesión: Realizar la evaluación del programa en general, y compartir mediante un convivio entre participantes y facilitadores.

Actividad 1: Revisión de tarea y recordatorio de la sesión anterior

Técnica: Lluvia de ideas

Objetivo: Verificar los conocimientos que los participantes han ido adquiriendo en las sesiones de trabajo.

Procedimiento:

- ✓ Se da la bienvenida los participantes y se les invita a participar activamente de la jornada, explicando el objetivo de la misma.
- ✓ Se preguntará por la realización de la tarea asignada la semana anterior, cada participante dará a conocer a sus compañeros cual consideran que es el estilo de comunicación que utilizan con más frecuencia, y de qué forma podrían mejorarlo.
- ✓ Se hace un breve recordatorio de las actividades realizadas en la sesión anterior, para ello se solicitan aportes voluntarios de los participantes.

Actividad 2: Evaluación del programa

Técnica: Cuestionario

Objetivo: Verificar los avances personales que ha tenido cada participante en el transcurso del programa.

Procedimiento:

- ✓ Se entregará a cada participante un cuestionario con una evaluación cualitativa del programa, se explicará que cada uno deberá responder de manera sincera las preguntas que se presentan, se proporciona un tiempo prudente para que los participantes puedan responder el cuestionario (**Ver anexo 30**)

- ✓ Posteriormente se realizará una socialización grupal de las experiencias que han tenido en el grupo, en lo que ellos consideran que han mejorado estando en la terapia grupal.
- ✓ Posteriormente se entregará un cuestionario

Actividad 2: La tarjeta secreta

Objetivo: generar un espacio de convivencia en el que los participantes muestren gratitud hacia sus compañeros de grupo.

Procedimiento:

- ✓ Se colocarán en una bolsa trozos de papel con los nombres de los participante y facilitadores, se repartirán a manera de rifa, cada persona tomará un papel que contenga un nombre diferente al suyo,
- ✓ Cada participante elaborará una tarjeta con los materiales que se dispongan, en ésta tarjeta se expresaran frases positivas que les motiven a continuar lo aprendido en las sesiones realizadas, tendrán libertad de diseñarla de la manera en que deseen.
- ✓ Uno a uno pasará al frente y hará entrega de la tarjeta a la persona que corresponda.
- ✓ Al finalizar se compartirá una pequeña reflexión de la vivencia en dicha actividad.
- ✓ Se dará las gracias a los participantes y se compartirá un pequeño refrigerio.

Indicadores de logros:

- Participación activa del grupo
 - Valoración escrita de los cambios percibidos
 - Expresión de sentimientos positivos
 - Convivencia armónica entre los miembros del grupo y facilitadores
-
- **Recursos Humanos:** Facilitadores y participantes
 - **Recursos Materiales:** papel de colores, cartulinas, recortes,
 - **Duración de la sesión:** 90 minutos

Anexos de la propuesta

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Psicoeducación de Hipertensión arterial.....	181
Anexo 2: Psicoeducación expresión de sentimientos.....	187
Anexo 3: Imágenes de sentimientos.....	189
Anexo 4: Dibujos para cortar a la mitad.....	194
Anexo 5: Psicoeducación del diálogo interno.....	196
Anexo 6: Hoja de trabajo del dialogo interno.....	199
Anexo 7: Autorregistro del dialogo interno (Diario de pensamientos).....	201
Anexo 8: Identificación de pensamiento.....	202
Anexo 9: Autorregistro de pensamientos positivos.....	203
Anexo 10: Psicoeducación de la ira.....	204
Anexo 11: Frases incompletas.....	208
Anexo 12: Cuento Las cicatrices de los clavos.....	209
Anexo 13: Registro de enojos en el lapso de una semana.....	210
Anexo 14: Evaluación de la sesión.....	211
Anexo 15: Teoría sobre estrés.....	212
Anexo 16: Autorregistro de prácticas de respiración profunda.....	216
Anexo 17: Imágenes de relajación y estrés.....	217
Anexo 18: Teoría sobre relajación y relajación muscular progresiva.....	218
Anexo 19: Autorregistro de relajación muscular progresiva.....	220
Anexo 20: Autorregistro de relajación muscular progresiva.....	221
Anexo 21: Psicoeducación de Ansiedad.....	222
Anexo 22: La paz perfecta.....	225
Anexo 23: Registro de la actividad diaria.....	226
Anexo 24: Psicoeducación estilos de educación.....	227
Anexo 25: Situación problema.....	232
Anexo 26: Registro estilo de comunicación.....	233
Anexo 27: La Resolución de problemas.....	234
Anexo 28: Resolviendo problemas.....	236
Anexo 29: Autorregistro resolución de problemas.....	237
Anexo 30: Cuestionario de evaluación.....	238

Anexo 1: Psicoeducación de Hipertensión arterial

Hipertensión arterial

Molina Díaz (2006) define la hipertensión arterial (HTA) como la elevación mantenida de la presión arterial (PA) por encima de los límites normales. Los vasos sanguíneos llevan la sangre desde el corazón a todo el organismo. Cada vez que el corazón late, bombea sangre a los vasos. La tensión arterial es producto de la fuerza con que la sangre presiona contra las paredes de los vasos sanguíneos (arterias) a medida que es bombeada por el corazón.

Las medidas de la presión sanguínea suelen expresarse mediante dos cifras. La primera presenta la presión sistólica (la más alta), presión generada por la contracción del corazón, la segunda representa la presión diastólica (la más baja), o presión obtenida entre dos contracciones, reflejando la elasticidad de las paredes vasculares. En un adulto la PA normal como una tensión sistólica de 120 mm Hg y una tensión diastólica de 80 mm Hg.

Síntomas de la hipertensión

La hipertensión arterial es una enfermedad que puede evolucionar sin manifestar ningún síntoma o ser éstos leves, por lo que se le conoce también como “el asesino silencioso”.

A veces la hipertensión provoca síntomas como: cefalea, dificultad respiratoria, mareo, dolor torácico, palpitaciones o hemorragia nasal.

Lo anterior indica que se puede tener hipertensión arterial y no sentir ninguna manifestación. Por esta circunstancia, se estima que alrededor de 61% de los individuos afectados desconocen estar enfermos. (ENSA 2000).

Factores de riesgo

Algunas condiciones propias de cada persona, pueden favorecer el desarrollo de la hipertensión arterial. A estas condiciones se les conoce como factores de riesgo.

- Exceso de peso
- Falta de actividad física
- Consumo excesivo de sal y alcohol
- Ingesta insuficiente de potasio
- Tabaquismo

- Estrés
- Antecedentes familiares de hipertensión, Presión arterial fronteriza (130-139/85-89 mm de Hg),
- Tener más de 60 años de edad

Complicaciones de la Hipertensión Arterial mal tratada

- Ataque al corazón.
- Embolia cerebral.
- Problemas en los riñones.
- Problemas con los ojos.
- Muerte.

Aspectos psicosociales de la enfermedad

El saber que tienes hipertensión arterial, puede causarte alteraciones en: tu cuerpo, tus emociones, tus estados de ánimo y hasta afectar las relaciones o dinámica con tu familia y amistades. Además, debido a que puedes sentirte cansado/a, desmotivado/a y estresado/a, también puede afectar tu desempeño en el trabajo o en otras actividades que antes realizabas con energía y entusiasmo.

Todos estos sentimientos son normales ante una situación desconocida y atemorizante y si a eso le agregas que, por recomendaciones médicas, debes empezar a realizar cambios en tus hábitos y estilos de vida, todo en conjunto, puede llevarte a emociones como la depresión, ansiedad y duelos.

Expresión de emociones.

Cuando te sabes en una condición de hipertensión arterial debes aprender a expresar tus emociones desde el momento del diagnóstico hasta el control y manejo de la enfermedad en todas las esferas y etapas de tu vida. Ya que las emociones mal manejadas pueden ser un obstáculo para adherirte a tu tratamiento a largo plazo.

Practica actividades que te agraden. Aprende a darte gusto en cosas que favorezcan tu bienestar. Haz actividades que te gustan o busca actividades nuevas.

Alimentación correcta

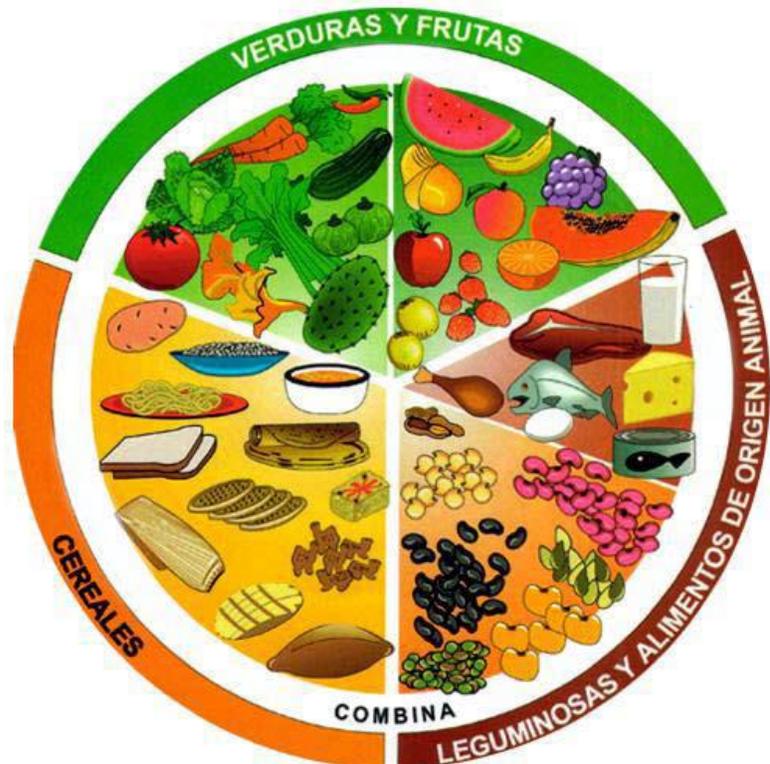
El beneficio principal de un cambio de alimentación es la rápida disminución de la presión arterial y el control de peso, por lo que el manejo efectivo de la hipertensión arterial no se puede conseguir sin una apropiada alimentación.

Plato del bien comer

Incluir por lo menos un alimento de cada grupo en cada una de las comidas

Tres comidas principales y 2 refrigerios del día.

Intercambiar los alimentos dentro de cada grupo



Frutas y verduras

Las frutas y verduras son un grupo muy variado de alimentos, se recomienda consumir abundante cantidad diaria de verduras, así como incluir frutas durante el día.

Cereales, granos, leguminosas y tubérculos

De estos alimentos se obtiene la mayor cantidad de energía que utiliza nuestro organismo, pero deben consumirse con moderación y de acuerdo a nuestra actividad física, a fin de mantener un peso adecuado. Eje. Maíz, arroz, avena, frijol, soya, tubérculos, como las papas, yuca, entre otros. Estos alimentos además de ser fuente de energía, son ricos en proteínas.

Alimentos de origen animal

Estos alimentos son ricos en proteínas y varios micronutrientes importantes, sin embargo, se deben consumir en cantidades moderadas, debido a que contienen grasas, que a lo largo del tiempo pueden dañar el corazón y las arterias, además de que proporcionan altas concentraciones de energía y favorecen la obesidad. Eje. Carnes, mariscos, pescado, carne de aves, etc.

La ingesta de carnes procesadas debe limitarse debido a que dichos alimentos contienen grandes cantidades de sodio, ya que es utilizado como conservador de los mismos

Grasas, azúcares

Las grasas como la mantequilla, crema, manteca y aceite, son alimentos que “concentran” y proporcionan energía y deben restringirse al máximo. Es preferible usar grasas de origen vegetal como el aceite de maíz, soya, oliva, cártamo o girasol en baja cantidad.

El potasio y la Presión Arterial

Las investigaciones han demostrado que el consumir una dieta rica en potasio disminuye el riesgo de presentar presión arterial elevada. En algunos estudios se ha encontrado una reducción del 60% del riesgo de ataque cardíaco en individuos que consumían 1g de potasio al día en forma de suplemento en comparación con individuos similares que no consumían ese suplemento de potasio.

Cuando cocine:

- Disminuya un poco la cantidad de sal que usa día con día, con el tiempo se acostumbrará a comer menos sal, o prefiera sal de grano.
- Use especias en vez de sal. Dele sabor a sus comidas con hierbas y especias tales como pimienta, comino, menta o cilantro.
- Use ajo y cebolla en polvo en vez de sal de ajo o sal de cebolla.
- Disminuya el uso de cubitos para hacer sopas, así como de la salsa de soya, salsa inglesa y salsa de tomate.
- Quite el salero o sustituya la sal por sustitutos.

Control de Peso

Si tiene sobrepeso trate de no aumentarlo. Una manera sana de bajar de peso es comer menos grasa y calorías, comer porciones pequeñas y mantenerse activo. También recuerde que una ingesta elevada en sodio puede hinchar sus piernas y manos.

Control del Colesterol

A través de los años el exceso de colesterol en la sangre puede taponar las arterias. Esto aumenta el riesgo de sufrir arteriosclerosis, que es el depósito progresivo de grasas, principalmente colesterol, en las paredes internas de los vasos sanguíneos, lo que llega a dificultar la circulación (insuficiencia) o hasta impedir totalmente el paso de la sangre (obstrucción) en el corazón (que puede provocar un ataque cardíaco) y en cerebro (pudiendo ocasionar embolia cerebral).

Consumo de alcohol

La recomendación general es evitar o en su caso, moderar el consumo de alcohol. Si se consume de manera ocasional no deberá exceder de 30 ml de etanol (dos copas) al día; las mujeres y hombres de talla baja deberán reducir este consumo a la mitad.

Tabaquismo

Cuando fuma, usted pone en peligro su salud y la de su familia. El cigarro contiene más de 4000 sustancias dañinas, entre las que se encuentran la nicotina la cual crea adicción. El fumar cigarrillo aumenta el riesgo de sufrir ataque al corazón, enfermedades pulmonares, derrame cerebral y cáncer.

Actividad Física

Son múltiples los efectos del ejercicio en todo el organismo, pero en particular en el aparato circulatorio; al practicarlo se incrementa de inmediato el contenido de oxígeno arterial mejorando la eficiencia de la distribución y el retorno de la sangre periférica (sangre que circula por todo el cuerpo) y la circulación general, en particular la del corazón.

El ejercicio es útil para evitar y controlar la obesidad, además disminuye la intolerancia a la glucosa. A menos que esté contraindicada por su médico, tanto por los niños como por los adultos, debe realizar ejercicio de 30 a 45 minutos cinco días a la semana.

Beneficios Potenciales:

- Mayor energía y capacidad para trabajar y divertirse
- Reducción del riesgo cardiaco
- Disminución de presión arterial
- Fortalecimiento y mejor eficiencia del corazón y pulmones
- Aumento de la elasticidad y flexibilidad
- Permite bajar de peso, mantener el peso adecuado y controlar el apetito
- Reduce el nivel de colesterol
- Duerme mejor
- Disminuye el estrés y ansiedad
- Una mejor forma de ver la vida

Riesgos potenciales:

- Lesiones de los músculos y articulaciones
- Agotamiento por el calor e insolación (muy raros)
- Agravamiento de problemas de salud existentes u ocultos

El ejercicio más recomendable es el aeróbico, como la caminata, es conveniente efectuarla después de un periodo de descanso y no inmediatamente después de una actividad de cualquier tipo que produzca fatiga y no es recomendable hacerlo después de una comida abundante.

Tendrá que comenzar con 5 o 10 minutos y vigilar con mucho cuidado como se siente, sino presenta problemas hay que aumentar el tiempo de la caminata poco a poco, hasta llegar a realizar de 30 a 45 minutos de caminata al día.

Es importante:

- Conozca su condición y participe activamente en el control de su enfermedad.
- Compartir información con la familia.
- Acudir periódicamente a supervisión médica.
- Ayudar a otras personas que lo requieran, para que reciban tratamiento.
- Recuerde que su estado emocional puede tener efectos en su salud.

Anexo 2: Psicoeducación expresión de sentimientos

Hablaremos de sentimientos para referirnos a estados afectivos relativamente permanentes, que se instalan en nosotros y tiñen con su afecto una situación o relación. Los sentimientos más básicos son: la tristeza, la alegría, el temor, el descontento, y cuando algunos de ellos se presentan, afectan la forma en cómo vemos las cosas.

La diferencia con las emociones radica principalmente en que éstas son de aparición más abrupta, más intensas (rabia, miedo, euforia, entre otras), y de corta duración. Por su carácter más intenso, las emociones afectan mucho más las percepciones que los sentimientos que son menos intensos, pero más estables en el tiempo.

Los sentimientos no se pueden definir como buenos o malos, uno no escoge si siente pena, rabia o alegría frente a una situación o persona determinada. Es algo que brota en cada uno de manera diferente. Sin embargo, de lo que sí somos responsables es de lo que hacemos o dejamos de hacer con esos sentimientos. Una cosa es sentir rabia, pero eso no significa agredir a la persona que nos la produce. Esta es una acción frente a la cual tenemos poder de decisión.

Expresar lo que a uno le pasa no es fácil y, muchas veces, tememos que al reconocer ciertos sentimientos se nos pueda mirar mal, o éstos nos desborden, y/o se nos escape de las manos cierto orden que hemos construido. Y algo de cierto hay en eso. No podemos controlar en forma voluntaria lo que sentimos frente a una persona o situación: los sentimientos aparecen desde un aspecto no racional de nosotros mismos. Lo que sí podemos hacer es tener mayor conciencia de lo que sentimos, darnos cuenta en qué momentos surgen esos sentimientos, y aceptar que podemos ser cambiantes en nuestros estados afectivos.

Así como es importante expresar los sentimientos que nos agradan o que son positivos también es necesario expresar aquellos sentimientos que no nos agradan, generalmente estos se expresan en torno a discusiones o peleas que solo hacen empeorar la situación.

Libertad y dificultad para expresar lo que sentimos

La sociedad, en su deseo de mantener una organización armónica entre sus miembros, ha intentado poner normas a sus conductas. Así, por ejemplo, muchas veces hemos sentido cosas

o experimentado emociones frente a algo que socialmente no se debe sentir. Tal es el caso de la ira y de nuestros deseos de golpear a alguien que nos ofende o nos agrede verbalmente. Pensamos que sentir ira es negativo, que la rabia es destructora. Y no es que uno u otro sentimiento sea destructor en sí mismo. La clave es atender a cómo es que expresamos ese sentimiento. Desde la perspectiva de la afectividad, existe una serie de emociones y sentimientos prohibidos para hombres y mujeres. A veces, estas prohibiciones están más centradas en las mujeres o en los hombres, de acuerdo a los roles masculino o femenino.

Pasos a tomar en cuenta al expresar sentimientos o conductas que nos desagradan.

Paso 1. Identificar la emoción o sentimiento que me ha generado la situación, es importante reflexionar o preguntarnos ¿Qué siento?

Me siento molesto, triste, frustrado, decepcionado, etc.

Paso 2. Expresar y confesar como propios los sentimientos, ejemplo, cuando tú no cumples con tus tareas asignadas yo me siento...

Paso 3. Hacer una petición al otro que contribuya a mejorar la situación y los sentimientos, por ejemplo, me gustaría que para una próxima ocasión puedas consultar conmigo antes de tomar una decisión, yo estaré en la disposición de escucharte si necesitas algo...

Paso 4. Reforzar al otro por haber escuchado nuestra petición y comprometerse a realizarla, en este momento también se puede juntos buscar los compromisos alternativos de reacción ante una situación. Ejemplo, te agradezco por haber escuchado mis sentimientos sobre la situación.

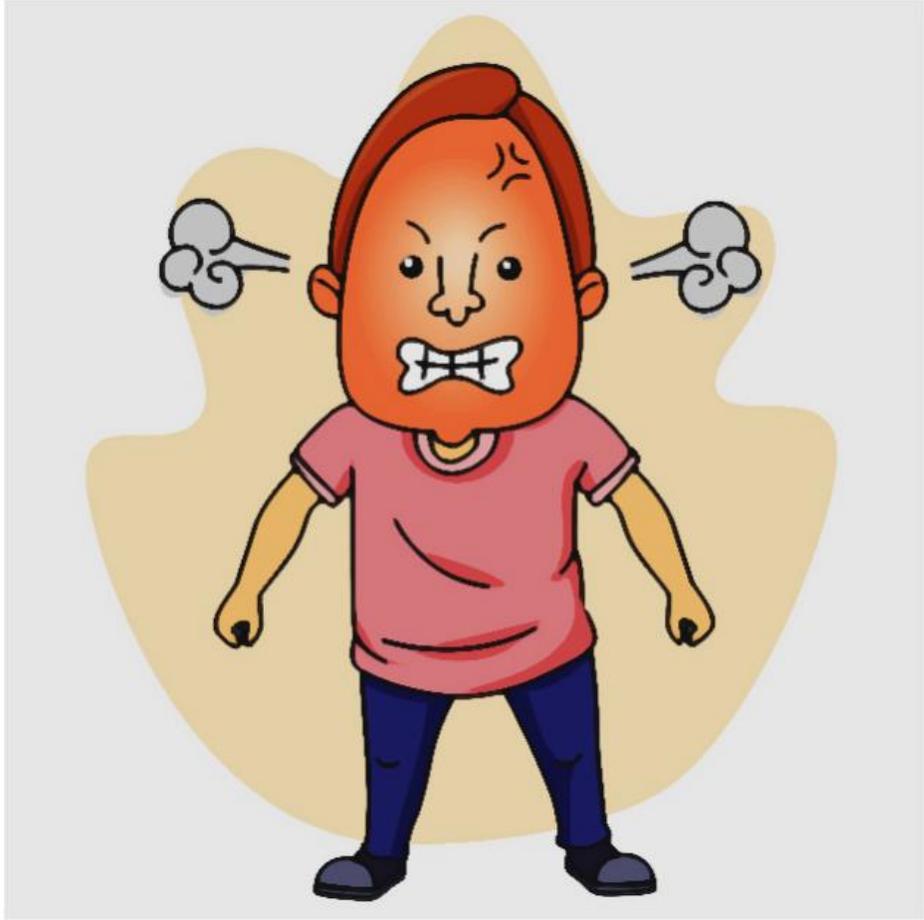
Anexo 3: Imágenes de sentimientos



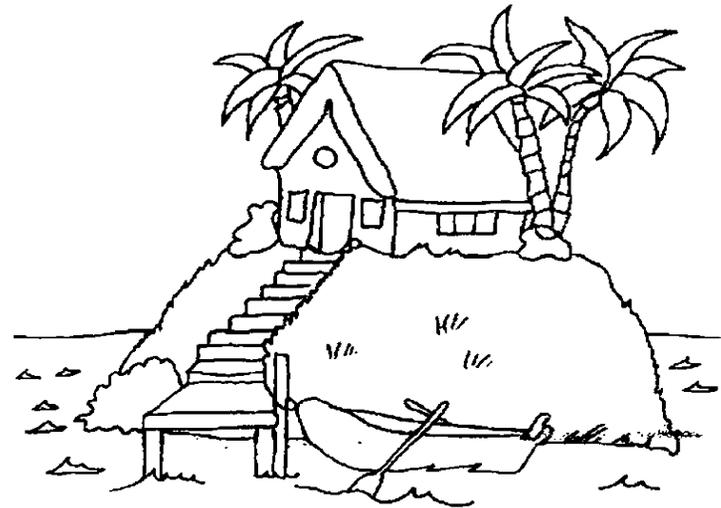
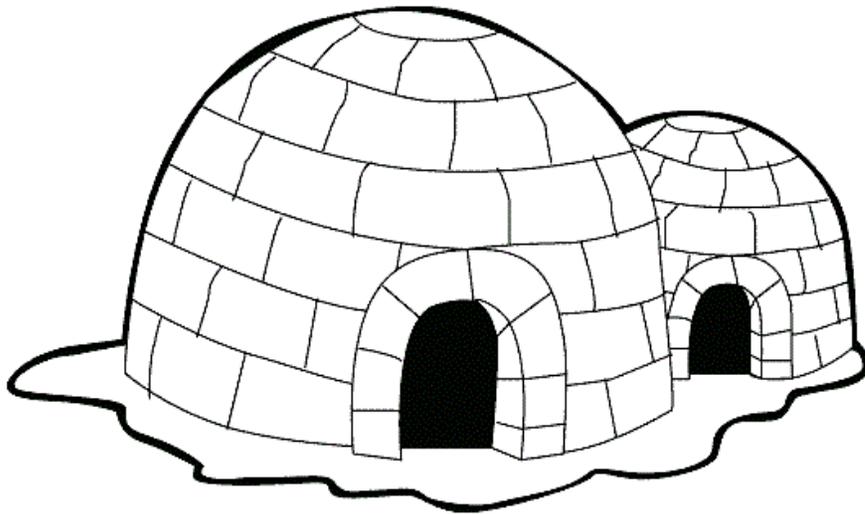
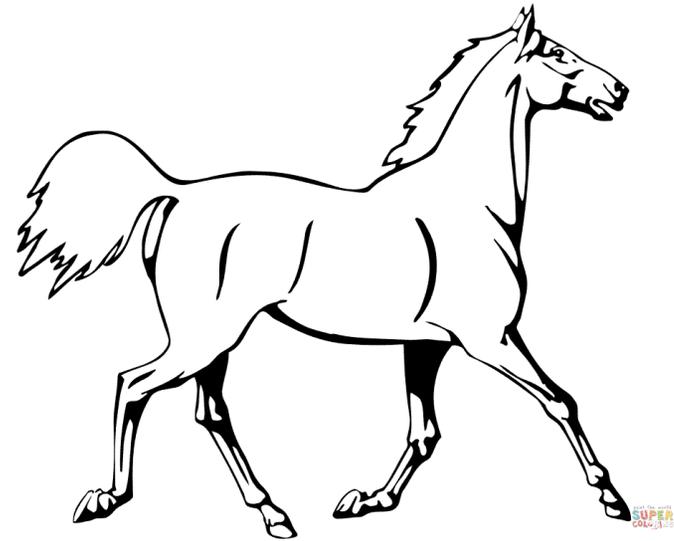


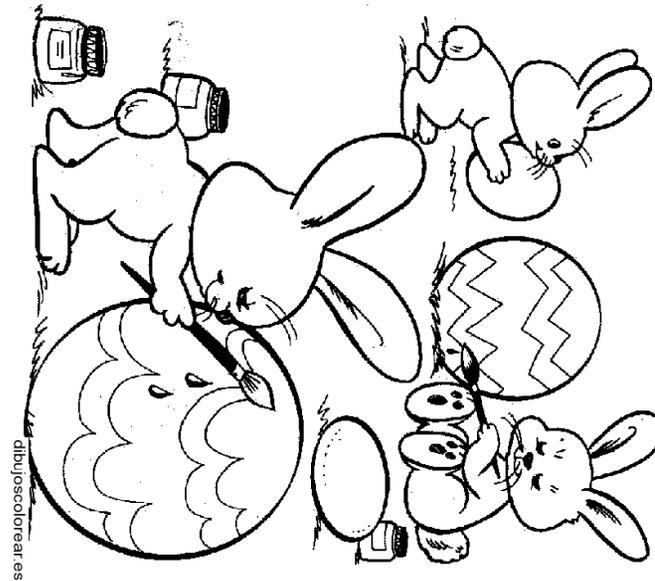
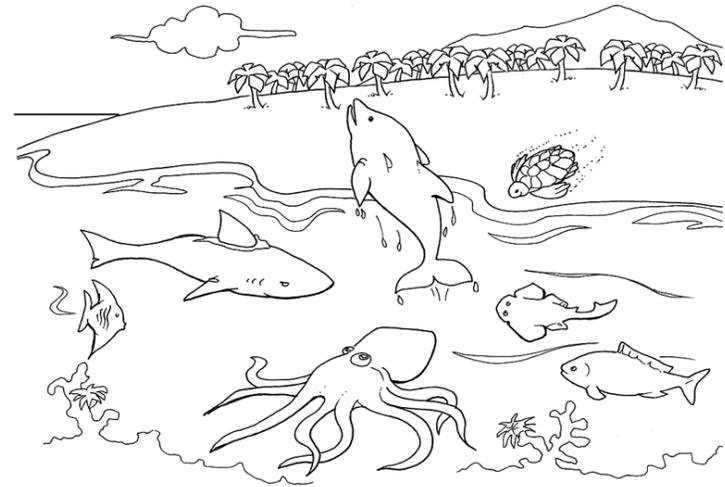






Anexo 4: Dibujos para cortar a la mitad





dibujo.pcolorare.es

Anexo 5: Psicoeducación del diálogo interno

El dialogo interno: El diálogo interno es la comunicación que realiza cada persona consigo misma, como una forma racional de entenderse a sí misma, es un proceso interno en que la misma persona es el sujeto que habla, que escucha, que responde, reflexiona, critica, acepta o rechaza la crítica, etc.

Es una herramienta técnica natural que podemos ponerla en función de nuestro desarrollo y vida plena; y cuanto a menor edad se pone a disposición de manera consiente, probablemente más problemas, conflictos y sufrimientos nos ahorraremos.

Todo lo que sucede, desde nuestros sentimientos y acciones espontaneas son influidos por la calidad de nuestro dialogo interno positivo o negativo. El dialogo interno se desencadena de manera automática cuando los estímulos externos distraen al sujeto, el dialogo interno no es más que un torrente de pensamientos, nos pasamos la vida hablándonos incesantemente a nosotros mismos acerca de nuestro mundo y este parloteo constante nos roba una desmesurada cantidad de energía, somos como somos, porque nos decimos a nosotros mismos quienes somos.

El dialogo interno está sumamente relacionado con la “historia personal” ya que mediante esta llegamos a concebir al mundo y a nosotros mismos de una manera determinada, precisamente esta manera de concebir al mundo nos pone límites para ampliar nuestra visión del mismo, y nos encerramos en los mismos parámetros para verlo y valorarlo.

Nadie está exento de encontrarse frente a un problema que es incapaz de solucionar, ya sea por la complejidad del mismo, o porque no contamos con las herramientas suficientes para resolverlo, bajo estas circunstancias y si valoramos el problema como importante, lo normal es que aparezca la ansiedad: el reto se ha transformado en amenaza.

El dialogo interno puede dirigirse hacia diferentes puntos de referencia de la persona que lo produce:

1. Dialogo incesante y sin dirección, solo por el hecho de dialogar o platicar consigo mismo: este dialogó hace perder energía y dirigir nuestros recursos hacia un punto u objeto de interés, pero sin utilidad práctica. En esta manera de operar el diálogo interno nos hace

divagar, distraernos, perder condiciones para entrar fácilmente a procesos que requieren de la atención y concentración.

2. Orientado hacia las situaciones conflictivas propias: aquellas circunstancias negativas de la vida, autovaloraciones destructivas de sí mismo, o ponerse en desventaja frente a la vida (víctima) ante otras personas o ante las oportunidades. Se convierte en una autocrítica insana.

3. Diálogo interiorizado que se impregna de la crítica hacia otras personas, de quejas hacia aquellas personas que se interpreta nos afectan o impiden ser o hacer determinada acción, relación o alcanzar determinado propósito. La lamentación o la crítica morbosa se pueden convertir en un modo y estilo de vivir, quejándose de todo y con todos/as, o criticando hasta las cosas buenas o sin importancia de las otras personas.

4. Hablarse a sí mismo sobre una misma cosa, hecho o situación persistentemente centrado de tal manera que hay poco espacio e interés en tocar o saltar de un pensamiento a otro, el pensamiento está clavado o anclado en algo, de tal manera que no se puede salir de ese cause, regresa de manera automática y mecánica. Este proceso aparece en situaciones de estrés, preocupaciones ante problemas de la vida, inseguridad o peligro, a veces puede ir acompañado de ansiedad o estados de ánimo bajos.

5. El dialogo interno puede ser una comunicación dirigida hacia lo constructivo, hacia la crítica sana, la valoración positiva de las cosas, una actitud y pensamiento proactivo, hacia la búsqueda de alternativas y soluciones a las situaciones problemáticas, siempre se le ve el lado positivo de las cosas ante situaciones desventajosas.

6. Encontrase con la parte innovadora propia, con la construcción de pensamientos creativos, con la visión optimista para hacer cosas fuera de lo común aun a costa de grandes esfuerzos, un pensamiento soñador sustentado en las posibilidades reales que la persona dispone.

Visión túnel

La gente que está ansiosa está preocupada por la anticipación del peligro, crean fantasmas de dolor futuro. Los individuos deprimidos, obsesionados por sus pérdidas, siempre están sufriendo. La gente crónicamente colérica está preocupada por la inaceptable y maliciosa conducta de los demás, cada preocupación crea una especie de visión de túnel que hace que una persona sólo tenga una clase de pensamiento y se dé cuenta de un solo aspecto de su ambiente. El resultado es una emoción predominante y normalmente muy dolorosa.

Los pensamientos son los responsables de los sentimientos.

Anexo 6: Hoja de trabajo del dialogo interno

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Indicaciones: Responder a las preguntas mediante la visualización realizada en la actividad anterior.

¿Cuál fue mi contratiempo o fracaso?	¿Qué es lo primero que me digo?	¿Qué mensajes me doy ante un fracaso?
¿En qué momento me sentí ansioso?	¿Qué me digo cuando estoy ansioso?	¿Cómo reacciono ante este sentimiento de preocupación?

¿Cuál fue el logro importante de mi vida?	¿Qué es lo primero que pienso?	¿Cómo reacciono ante ellos?
¿Qué reto me he planteado?	¿Qué me digo cuando me enfrento a un nuevo reto?	¿Cómo lo afronto?

Anexo 7: Autorregistro del dialogo interno (Diario de pensamientos)

Nombre: _____ **Edad:** _____

Fecha inicio: _____ **Fecha final:** _____

Indicaciones: Registrar al menos uno de los pensamientos de nuestro dialogo interno diario, sean estos positivos o negativos, y llenar la información que se le solicita.

Hora	Situación	Pensamientos automáticos de mi dialogo interno	Emoción que me produce	Pensamiento alternativo
Ej. 10:30 am	Preparándome para ir a trabajar	Estoy gorda, no sirvo para hacer dietas, solo como y como	Tristeza, rechazo a mi cuerpo	Si soy contante en mi dieta y ejercicios lo puedo lograr.

Anexo 8: Identificación de pensamiento

Nombre: _____ Fecha: _____

1. Describa una situación reciente que le haya provocado ansiedad o inquietud:

2. Escriba los pensamientos que le asaltaron de inmediato y respuesta ¿son positivos o negativos?

3. ¿Son beneficiosos? De no serlo, ¿Por cuales pensamientos podría cambiarlos?

Anexo 9: Autorregistro de pensamientos positivos

Nombre: _____ **Edad:** _____

Indicaciones: complete el autorregistro escribiendo la fecha y hora, describa la situación y a continuación describa sus pensamientos inmediatos, comente cuales son las consecuencias de ese pensamiento en su estado de ánimo, seguidamente plantee un pensamiento positivo y finalmente describa las consecuencias de este nuevo pensamiento.

Fecha y hora	Situación	Pensamiento automático	Sentimiento y conductas experimentados	Pensamiento o autoafirmación alternativa	Sentimiento y conductas experimentados

Anexo 10: Psicoeducación de la ira

La ira

La ira es una emoción que nos acompaña a lo largo de nuestra vida. No en vano, la ira siempre está presente en situaciones de conflicto, ya sean con otros o con nosotros mismos y puede oscilar desde una leve irritación hasta el más profundo de los odios.

Cuando percibimos que somos tratados injustamente, cuando nos sentimos heridos o cuando vemos dificultada la consecución de alguna meta importante, sentimos ira. Sentir esta emoción en estas circunstancias nos predispone a la acción en un intento de protegernos de aquello que nos hace daño y que es el origen de esta emoción.

COMPRENDIENDO LA IRA

La ira como todas las demás emociones es una reacción compleja en la que se ponen en funcionamiento tres tipos de respuestas.

- La primera es una respuesta corporal, en la que nuestro cuerpo se activa para la defensa o el ataque. Nuestro ritmo cardiaco aumenta al igual que nuestra respiración se acelera, nuestros músculos se tensan y el flujo sanguíneo se dispara preparándonos para actuar ante una amenaza percibida.

Cuando este estado de excitación permanece estamos más predispuestos a actuar de forma impulsiva llegando a emitir conductas agresivas.

- La segunda es una respuesta cognitiva, es decir, depende de nuestra manera de interpretar las situaciones. Cuando estamos inmersos en una situación, esta por sí sola no tiene ningún valor emocional, es la valoración personal que hacemos de ella la que le confiere un significado. De esta manera, las emociones están en función de nuestros pensamientos, así que cuando interpretamos una situación como un abuso, una injusticia, una falta de respeto o como un obstáculo para conseguir una meta, sentimos ira.

Pensamientos del tipo "esto es intolerable", "como se atreven a tratarme así" "pero quien se cree que es", "la vida se empeña en ponerme trabas" etc., son el combustible

perfecto para incrementar y prolongar los sentimientos de ira aumentando la posibilidad de ser agresivos.

- La última respuesta de la ira tiene que ver con la gestión conductual en estas situaciones, la conducta en estas circunstancias está orientada para defendernos de aquello que se interpone un nuestro camino y para ello se genera una energía interna que mueve a la "destrucción" del obstáculo. Ahora bien, no debemos confundir la emoción de la ira con la agresividad, ya que ésta es una de las múltiples maneras de gestión emocional. Experimentar y expresar la ira a través de la agresividad depende de las conductas que hayamos aprendido a lo largo de nuestra vida. No obstante, hay otras conductas en la gestión de la ira que no están orientadas a la destrucción del obstáculo sino a la resolución de problemas.

PERJUICIOS DE LA IRA

Todos sabemos que la ira puede tener unas consecuencias catastróficas para nosotros y para los demás. La gestión irracional de esta emoción puede llevarnos a situaciones lamentables obteniendo el efecto contrario a lo que buscábamos en un principio. Algunas de las consecuencias negativas a las que nos puede llevar la ira son las siguientes:

- ✓ Puede desorganizar nuestra manera de pensar y nuestras acciones.
- ✓ Cuando estamos bajo la influencia de la ira tendemos a actuar impulsivamente, nos cuesta pensar con claridad y por tanto no somos capaces de ver la repercusión de nuestro comportamiento.
- ✓ Supone una defensa cuando no es necesario.
- ✓ Ceder a la ira puede ser una forma de proteger nuestro orgullo, a veces es más fácil sentir ira que sentirnos heridos y ser conscientes de nuestra vulnerabilidad. De este modo, la ira dificulta reconocer nuestros propios sentimientos.
- ✓ Compromete la salud.
- ✓ La ira cuando es un estado habitual de la persona puede favorecer el desarrollo de enfermedades cardiovasculares.
- ✓ Trasmite una impresión negativa a los demás.

- ✓ Los demás pueden evitarnos, nuestras relaciones personales se resienten y por tanto nos sentimos aislados.

BENEFICIOS DE LA IRA

La ira bien gestionada también aporta beneficios en nuestra vida. No hay que olvidar que como emoción no la podemos dejar de sentir y por tanto es importante que juegue a nuestro favor en vez de a nuestra contra.

- ✓ La ira nos energiza.
- ✓ Nos provee de fuerza para acometer tareas que nos resultan difíciles. Nos ayuda a defender nuestros derechos y puntos de vista ante los demás.
- ✓ Nos ayuda a resolver conflictos.
- ✓ Expresar la ira de forma adecuada hace que nuestros sentimientos negativos se desvanezcan.
- ✓ Nos proporciona información sobre situaciones y personas.
- ✓ La ira como señal de alarma nos informa de situaciones injustas, amenazantes y frustrantes, y por tanto nos ayuda a buscar planes alternativos de acción para gestionar estas situaciones.

ALGUNOS MITOS RESPECTO DE LA IRA.

La ira en nuestra sociedad tiende a confundirse con carácter fuerte. En algunas ocasiones se entiende como una manera de comunicarse y de afirmar nuestro temperamento y por tanto como un signo de autoridad. Nada más lejos de la realidad, las actitudes coléricas suscitan temor, pero en ningún caso admiración o confianza en quienes las padecen.

Otro de los mitos, es la creencia de que la ira forma parte de una manera de ser. Aunque haya personas que viven su vida a través de la ira, siempre andan enfadados y su manera de relacionarse con los demás es agresiva, la ira no es un rasgo de personalidad sino un estado emocional y por tanto es algo que se puede aprender a manejar.

Otra confusión que solemos encontrar respecto a la ira, es que la explosión de ira sosiega. Bien es cierto que cuando estallamos en ira, alcanzamos una sensación de relativa tranquilidad ya que con el estallido eliminamos toda la tensión acumulada, ahora bien, esta sensación de bienestar es breve y es reemplazada por la culpabilidad, la vergüenza y la tristeza.

Por último, encontramos la creencia de que la ira es eficaz a la hora de conseguir objetivos. Es posible que algunas veces consigamos aquello que queremos por medio de la agresividad, las amenazas o la coacción, no obstante, el precio a pagar es alto: las relaciones con los demás. En estas circunstancias el respeto será sustituido por miedo, el amor por evitación y la confianza por recelo. Los demás nos verán como personas descontroladas, abusivas y emocionalmente explotadoras.

Anexo 11: Frases incompletas

- Llego a enojarme cuando.....
- Cuando me enojo yo digo.....
- Cuando me enojo pienso.....
- si me enojo y hago.....
- Si los demás expresan su enojo hacia mí, me siento.....
- Consigo controlar mi enojo mediante.....

Anexo 12: Cuento Las cicatrices de los clavos

Había un niño que tenía muy, pero que muy mal carácter. Un día, su padre le dio una bolsa con clavos y le dijo que cada vez que perdiera la calma, tenía que clavar un clavo detrás de la puerta.

El primer día, el niño clavó 37 clavos en la puerta. Al día siguiente, menos, y así con los días posteriores a medida iba controlando sus enojos. Él niño se iba dando cuenta que era más fácil controlar su genio y su mal carácter, que clavar los clavos en la puerta.

Finalmente llegó el día en que el niño no perdió la calma ni una sola vez y le dijo a su padre que no tenía que clavar ni un clavo en la puerta. Él había conseguido, por fin, controlar su mal carácter.

Su padre, muy contento y satisfecho, sugirió entonces a su hijo que por cada día que controlara su carácter, que sacara un clavo de la puerta.

Los días se pasaron y el niño pudo finalmente decir a su padre que ya había sacado todos los clavos de la puerta. Entonces el padre llevó a su hijo, de la mano, hasta la puerta de detrás de la casa y le dijo:

- Mira, hijo, has trabajado duro para clavar y quitar los clavos de esta puerta, pero fíjate en todos los agujeros que quedaron en la puerta. Jamás será la misma.

Lo que quiero decir es que cuando dices o haces cosas con mal genio, enfado y mal carácter, dejas una cicatriz, como estos agujeros en la puerta. Ya no importa tanto que pidas perdón. La herida estará siempre allí. Y una herida física es igual que una herida verbal.

Los amigos, así como los padres y toda la familia, son verdaderas joyas a quienes hay que valorar. Ellos te sonrían y te animan a mejorar. Te escuchan, comparten una palabra de aliento y siempre tienen su corazón abierto para recibirte.

Las palabras de su padre, así como la experiencia vivida con los clavos, hicieron con que el niño reflexionase sobre las consecuencias de su carácter.

Anexo 13: Registro de enojos en el lapso de una semana

Nombre: _____ Edad: _____

Fecha: _____

Indicaciones: Deberá anotar en las casillas correspondientes la información que se le solicita, cada casilla corresponde a un enojo que se tuvo durante la semana.

Situación problema	Personas involucradas	Cuál es mi primera reacción	Como lo soluciono ¿Qué hago?

Anexo 14: Evaluación de la sesión

Nombre: _____ Edad: _____

Fecha: _____

Indicación: Marca con un X Cómo te pareció la sesión

			
Aburrida	Molesta	No entendí lo que explicaron	Interesante y motivadora

¿Por qué? _____

¿Qué aprendí de la sesión? _____

¿Qué me gustó más? ¿Por qué? _____

¿Qué fue lo que menos me gustó? ¿Por qué? _____

Anexo 15: Teoría sobre estrés

1. Definición del estrés

El concepto de estrés debe implicar siempre una alteración, interferencia o perturbación del funcionamiento habitual del individuo, pudiendo ser entendido este funcionamiento habitual tanto en términos biológicos (homeostasis) como psicológicos (rutina comportamental; integridad operativa del organismo), y cuya alteración ha sido generada por algún tipo de estimulación (externa o interna) que denominamos estresor (estímulo, pensamiento, suceso, etc.).

El estrés puede ser entendido como:

- ✓ Un fenómeno del entorno externo (estimulación dolorosa, ruido, discusiones entre marido y mujer, pérdida afectiva, etc.), en cuyo caso el estrés se considera variable independiente,
- ✓ Una respuesta del individuo (activación simpática, liberación de catecolaminas o cortisol, ansiedad, ira, etc.; en este caso, el estrés actuaría como variable dependiente),
y
- ✓ Una interacción (transacción) entre el individuo y el medio.

El estrés también ha sido definido como un fenómeno fisiológico (p.ej., perturbación de la homeostasis), psicológico (p.ej., evaluación negativa) o psicosocial (p.ej., sucesos vitales). Es evidente que el estrés no se reduce a cada uno de estos aspectos por separado, ya que todos ellos forman parte del concepto genérico del estrés. Lo que varía es el aspecto del estrés sobre el que se focaliza el interés del científico (cambios en la homeostasis, respuestas neuroendocrinas, evaluación cognitiva de la amenaza, ocurrencia de eventos psicosociales estresantes, etc.).

Características de un estresor

Un estresor (psicosocial), que en definitiva constituye la base del estrés psicosocial, podría definirse en términos de condiciones psicosociales de amenaza, demanda, desafío o pérdida que ponen en peligro la integridad funcional del organismo (en términos de Wheaton, 1996, pondrían en peligro la integridad operativa del organismo). Como ha sugerido este autor (y nosotros en otro lugar, Sandín, 1989), la cualificación de estresor (i.e., que pueda afectar al

organismo) no requiere que el organismo responda conscientemente (evaluación cognitiva); el estresor puede afectar al organismo por su mera presencia, sin necesidad de activar respuestas de afrontamiento específicas. Este autor ha subrayado algunas características definitorias del estresor; las cinco más relevantes son las siguientes:

- 6) El estresor debe implicar amenaza, demanda o constreñimiento, estructural,
- 7) El estresor constituye una fuerza con capacidad de alterar la integridad del organismo si sobrepasa el límite de elasticidad de dicho organismo,
- 8) El estresor requiere ser resuelto ya que, de mantenerse indefinidamente, produciría daño en el individuo/organismo,
- 9) Ser consciente del daño potencial del estresor no es una condición necesaria para que dicho estresor posea consecuencias negativas, y
- 10) Un estresor puede serlo tanto porque induzca excesiva demanda como, por lo contrario.

II. Importancia del estrés en el ámbito de la salud

El estrés puede alterar o afectar la salud a través de diversas formas y mecanismos (precipitando la ocurrencia de un trastorno, afectando el curso de una enfermedad, generando nuevas fuentes de estrés, produciendo malestar físico y psíquico, reduciendo nuestro bienestar y calidad de vida, etc.).

Lennart Levi (1996), el estrés puede ser tanto la salsa de la vida como el beso de la muerte. El estrés, bajo ciertas circunstancias y condiciones puede ser positivo y saludable, e incluso estimulante ("la salsa de la vida"). Pero, lo cierto es que, al menos en nuestra sociedad actual, el estrés puede estar implicado en la morbilidad y mortalidad, y en la vulnerabilidad, causa y curso de muchas enfermedades y trastornos ("el beso de la muerte"). Actualmente es bien conocido que las principales causas de muerte se deben a enfermedades crónicas, como las enfermedades cardiovasculares (infarto de miocardio, hipertensión, etc.) y el cáncer.

Muchas de las enfermedades crónicas, así como también muchos de los problemas psicosomáticos y emocionales, se han denominado "enfermedades" del estilo de vida en base a los factores de riesgo característicos de la vida de nuestra sociedad como: las condiciones laborales (contratos temporales, inseguridad, pérdida del empleo, jubilación anticipada, etc.), el tráfico de las ciudades industrializadas, los sucesos vitales, el agobio por falta de tiempo,

vivir en suburbios con deficiencias físicas y sociales, abuso de drogas, alcohol y/o tabaco, dieta nutritiva inadecuada, ruptura de la estructura familiar tradicional (divorcios y/o separaciones frecuentes), y pobres relaciones (o situaciones de soledad y aislamiento social) con nuestros semejantes (vecinos, etc.). Todos estos factores de riesgo se asocian al estrés y a las conductas de salud y enfermedad, y atentan contra nuestra salud y bienestar de forma mucho más dramática, crónica y soterrada que los clásicos factores patógenos biomédicos (virus, bacterias, etc.).

La Organización Mundial de la Salud, en octubre de 1990, estimó que estas enfermedades del estilo de vida (o de la civilización) eran la causa del 70-80% por ciento de las muertes prematuras que acaecen en los países industrializados (Levi, 1996). En suma, podría afirmarse que el estilo de vida general que caracteriza a nuestra sociedad es un estilo patógeno, el cual implica la intervención de factores diversos, tales como los biológicos (p.ej., dieta y nutrición), los comportamentales (conductas no saludables; p.ej., tabaquismo), los sociales y familiares (p.ej., divorcio, separación de padres, discusiones familiares), los laborales (p.ej., sobrecarga laboral), y los sociodemográficos (p.ej., nivel económico, sexo). Todos estos factores tienen una relación muy estrecha con el estrés psicosocial, bien como causas o bien como consecuencias.

El resultado final es un estado más o menos crónico de estrés que puede alterar la salud directa (p.ej., a través de los cambios fisiológicos, emocionales y/o comportamentales) o indirectamente (p.ej., promoviendo conductas no saludables) (Buceta y Bueno, 1995, 1996). Vivir en estado crónico de estrés supone, en cierto modo, vivir en un estado de activación permanente, semejante a la condición psicofisiológica que Cannon bautizó como reacción de "lucha-huida". La respuesta de lucha-huida tiene un origen filogenético y una finalidad adaptativa ante los peligros del medio ambiente. Es una reacción automática (independiente de la voluntad de la persona) e implica cambios a nivel fisiológico, emocional y conductual.

Los cambios fisiológicos suponen una activación del sistema nervioso simpático e inhibición del sistema parasimpático. Se producen cambios endocrinos manifiestos, principalmente elevación de catecolaminas, cortisol y endorfina beta, es decir, hormonas que potencian la liberación de energía, la analgesia, y la intensificación de las reacciones fisiológicas de tipo catabólico (consumo de oxígeno, metabolismo, respiración, frecuencia

cardíaca, presión sanguínea, lipólisis, gluconeogénesis, etc.), conductuales (actuación rápida en conductas abiertas, como correr, etc.), emocionales (miedo, ira, etc.) y cognitivas (vigilancia, alerta, atención, etc.).

Así mismo, durante la reacción de lucha-huida, y en paralelo a las respuestas de activación simpática, se produce inhibición de las funciones parasimpáticas, la cual se traduce en cambios como inhibición en los sistemas reproductor (p.ej., hormonas sexuales) e inmunológico, así como en la conducta sexual. Estos cambios de "lucha-huida" tienen claramente una finalidad adaptativa, Sin embargo, cuando son producidos por el estrés, y se prolongan innecesariamente en el tiempo, pueden llegar a constituir el estado habitual de la vida del individuo como resultado de su estilo de vida "patogénico".

Aparte de los posibles efectos del estrés perturbando la salud emocional (p.ej., ansiedad), el incremento de hormonas catabólicas como las catecolaminas (p.ej., adrenalina) y el cortisol (conocidas ambas, a veces, como "hormonas del estrés") suele acarrear daños funcionales y estructurales significativos en el organismo (incremento de la presión sanguínea, aterosclerosis, inhibición del timo, etc.). Más aun, las hormonas cuya secreción es inhibida durante el estrés (andrógenos, estrógenos, insulina, etc.) son hormonas que promueven en el organismo reacciones de tipo anabólico (i.e., restaurador), por lo que, bajo estados de estrés, el organismo posee una capacidad reducida para mantener y reparar su adecuado funcionamiento, incrementando, así mismo, el riesgo de enfermedad.

Anexo 16: Autorregistro de prácticas de respiración profunda

Nombre: _____ Edad: _____

Indicaciones: práctica la respiración profunda, al acabar complete este autorregistro, anote la fecha y hora en que ha hecho el ejercicio y complete el resto de casillas evaluando los resultados de cada práctica entre 0 (que es igual a nada) y 5 (que es igual máxima).

Fecha y Hora	Facilidad para respirar (0-5)	Concentración durante el ejercicio (0-5)	Relajación al acabar (0-5)

Anexo 17: Imágenes de relajación y estrés



Anexo 18: Teoría sobre relajación y relajación muscular progresiva

¿Qué es la relajación?

La definición que se otorga desde la psicología de las emociones propone conceptualizar la relajación como el estado fisiológico, subjetivo y conductual que se experimenta durante la ocurrencia de una emoción intensa, pero de signo opuesto (sobre todo respecto de las emociones desagradables como la ira, el estrés o la agresividad). El cuerpo humano reacciona, ante cualquier estímulo que pueda convertirse en un peligro, (se incrementa la activación, en la rama simpática del Sistema Nervioso Autónomo). Los cambios vegetativos que surgen logran desempeñar una especie de función adaptativa, activando los recursos necesarios cuando aparece cualquier situación, bien sea de amenaza, huida o defensa/ataque.

Esta respuesta de alarma es automática en el organismo, y ante cualquier cambio ambiental, externo o interno, el mismo se prepara para hacer frente a las posibles demandas que le plantee esta nueva situación. Su propósito es poner a disposición del organismo unos recursos excepcionales, que facilita cualquier respuesta ante los nuevos estímulos y sus posibles consecuencias. Cuando la amenaza de la situación desaparece, debilita la respuesta de estrés y el organismo recupera el equilibrio.

Por ello, la relajación permite contrarrestar los efectos de activación fisiológica derivados de este tipo de emociones, así como también deviene un recurso muy útil para reducir la ansiedad, los temores o los síntomas de depresión. Otros beneficios de la relajación consisten en: mejora del riego sanguíneo, presión arterial y frecuencia cardíaca, optimización de la función de las ondas cerebrales, regulación del ritmo de respiración, favorece la distensión muscular, aumentando la sensación de calma y vitalidad general, posibilitando un mayor nivel atencional. En definitiva, la relajación tiene la capacidad de dotar al organismo de un estado de bienestar general facilitando una adecuada sincronía entre el funcionamiento fisiológico y psicológico del individuo.

Más concretamente, la relajación presenta los siguientes objetivos fundamentales: reducir o eliminar las tensiones cotidianas, aumento del bienestar general, fomento del autoconocimiento, incremento de la autoestima, potenciación del rendimiento de la actividad del sujeto, mejora en el afrontamiento de situaciones perturbadoras o conflictos determinados personales, y derivado de ello, optar a relaciones interpersonales más satisfactorias. Las técnicas de relajación entonces tienen por objetivo enseñar a las personas a controlar ese nivel de activación, sin que sea necesaria la ayuda de

otros recursos externos. Esto se logra a través de la modificación directa de sus propias condiciones fisiológicas.

La relajación progresiva

Desarrollada por Jacobson (1929), es una de las más utilizadas en la terapia de la conducta. Se dirige a conseguir niveles profundos de relajación muscular. Se enseña al sujeto a identificar el nivel de tensión muscular que experimenta en las distintas partes de su cuerpo a través de ejercicios de tensión y relajación.

Se basa en el concepto de que las repuestas del organismo al estrés y la ansiedad provocan pensamientos y conductas que producen tensión muscular. Esta tensión aumenta la sensación subjetiva de ansiedad. La reducción de la tensión es incompatible con esta sensación subjetiva. Esta especialmente indicado cuando el sujeto responde a las demandas ambientales con repuestas que implican altos niveles de tensión.

Anexo 19: Autorregistro de relajación muscular progresiva

Nombre: _____ **Edad:** _____ **Indicaciones:** complete el autorregistro indicando la hora de inicio y finalización del ejercicio, la situación, interferencias (si las hubo), el grado de relajación obtenido en un rango de 0 a 10, siendo 10 el máximo grado de relajación, continúe identificando la zona de su cuerpo más relajada y la menos relajada.

Hora Inicio/finalización	Situación	Interferencias	Grado de relajación (0-10)	Zona corporal más relajada	Zona corporal menos relajada

Anexo 20: Autorregistro de relajación muscular progresiva

Nombre: _____

Indicaciones: complete el autorregistro indicando la hora de inicio y finalización del ejercicio, la situación, interferencias (si las hubo), el grado de relajación obtenido en un rango de 0 a 10, siendo 10 el máximo grado de relajación, continúe identificando la zona de su cuerpo más relajada y la menos relajada.

Hora Inicio/finalización	Situación	Interferencias	Grado de relajación (0-10)	Zona corporal más relajada	Zona corporal menos relajada

Anexo 21: Psicoeducación de Ansiedad

La ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión.

La ansiedad puede ser considerada como una reacción natural que se produce ante ciertos tipos de situaciones en los que el individuo podría necesitar más recursos. Las situaciones en las que se desencadena la reacción de ansiedad son aquellas en las que el individuo prevé posibles consecuencias negativas o amenazantes. Esta reacción implica una puesta en marcha de diferentes recursos cognitivos (atención, percepción, memoria, pensamiento, lenguaje, etc.), fisiológicos (activación autonómica, motora, glandular, etc.) y conductuales (alerta, evitación, etc.) Tales recursos tendrían como objetivo el afrontamiento de las posibles consecuencias negativas, pudiendo paliar, reducir, o eliminar tales consecuencias (Miguel-Tobal, 1993).

La mayoría de las personas han experimentado ansiedad alguna vez en su vida, lejos de ser algo completamente negativo, la ansiedad permite que el organismo se ponga en alerta y active todos sus mecanismos de defensa ante una situación determinada.

La ansiedad es una respuesta emocional, que variará según el estímulo que la produzca, y suele venir acompañada de sentimientos de inquietud, recelo, miedo y nerviosismo, habitualmente está asociada a preocupaciones excesivas.

Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual.

La ansiedad patológica es una respuesta desproporcionada a un estímulo determinado. como resultado de ello, el individuo se ve incapaz de enfrentarse a situaciones, lo que trastorna su vida diaria.

Los niveles de ansiedad van a ser importantes a la hora de entender nuestro comportamiento, nuestras cogniciones, así como a la hora de explicar diferentes problemas de salud (Cano Vindel, 1989).

Síntomas de la ansiedad

Las manifestaciones sintomatológicas de la ansiedad son muy variadas y pueden clasificarse en diferentes grupos:

- **Físicos:** Taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, “nudo” en el estómago, alteraciones de la alimentación, estreñimiento, tensión y rigidez muscular, cansancio, hormigueo, sensación de mareo e inestabilidad. Si la activación neurofisiológica es muy alta pueden aparecer alteraciones del sueño, la alimentación y la respuesta sexual.
- **Psicológicos:** Inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza o despersonalización, temor a perder el control, celos, sospechas, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones. En casos más extremos, temor a la muerte, a la locura, o al suicidio.
- **De conducta:** Estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estar quieto y en reposo. Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal: posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos tensión de las mandíbulas, cambios en la voz, expresión facial de asombro, duda o crispación, etc.
- **Intelectuales o cognitivos:** Dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de los despistes y descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, rumiación, pensamientos distorsionados e importunos, incremento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables,

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

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

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

Circulo vicioso de la ansiedad



Anexo 22: La paz perfecta

Cierto rey prometió un gran premio a aquel artista que pudiera captar en una pintura la paz perfecta, muchos lo intentaron.

El rey observó y admiró todas las obras, pero solamente hubo dos que en verdad le gustaron.

La primera mostraba un lago muy tranquilo, espejo perfecto donde se reflejaban las montañas circundantes, sobre ellas se encontraba un cielo azul con tenues nubes blancas. Todos los que miraron esta pintura estuvieron de acuerdo en que reflejaba la paz perfecta.

La segunda también tenía montañas, pero estas eran escabrosas, sobre ellas había un cielo oscuro, del cual caía un impetuoso aguacero con rayos y truenos, montaña abajo parecía retumbar un espumoso torrente de agua. Esta imagen no se revelaba para nada pacífica, pero cuando el rey analizó el cuadro más cuidadosamente, observó que, tras la cascada, en una grieta, crecía un delicado arbusto, en él había un nido y allí, en medio del rugir de la violenta caída de agua, un pajarito.

¿Cuál cree usted que fue la pintura ganadora?

El rey escogió la segunda. La paz -explicó no significa estar en un lugar sin ruidos, sin problemas, sin dolor. Significa que, aun en medio de estas circunstancias, nuestro corazón puede permanecer en calma.

Reflexión: Los problemas o dificultades están día con día, y estos muchas veces oscurecen nuestro mundo, la paz perfecta no es sinónimo de no tener problemas o situaciones difíciles, si no de saberse enfrentar a ellas, de saber manejar las y por tanto resolver de una mejor manera, de encontrar soluciones que permitan abordar la situación y continuar con las actividades diarias.

Anexo 23: Registro de la actividad diaria

Nombre: _____ **Edad:** _____

Fecha inicio: _____ **Fecha final:** _____

Indicaciones: Seleccione una actividad cotidiana y llévela a cabo con toda la atención posible, luego registre en el cuadro los detalles que se le piden.

Día/Hora	Actividad	¿De qué fui consciente?	¿Cómo me sentí después de realizar la actividad?
Ej. Lunes 9:00 pm	Cepillarme los dientes	Del sabor de la pasta, pude sentir cada uno de mis dientes, de mi lengua, que a veces lo hago tan rápido que no me doy cuenta de lo importantes que son.	Alegre porque sentí pude concentrarme solo en cepillarme los dientes y olvidar lo que me rodeaba.

Anexo 24: Psicoeducación estilos de educación

La comunicación: es el acto por el cual un individuo establece con otro un contacto que le permite transmitir una información. En la comunicación intervienen diversos elementos que pueden facilitar o dificultar el proceso.

- **Emisor:** La persona (o personas) que emite un mensaje.
- **Receptor:** La persona (o personas) que recibe el mensaje.
- **Mensaje:** Contenido de la información que se envía.
- **Canal:** Medio por el que se envía el mensaje.
- **Código:** Signos y reglas empleadas para enviar el mensaje.
- **Contexto:** Situación en la que se produce la comunicación.

La comunicación eficaz entre dos personas se produce cuando el receptor interpreta el mensaje en el sentido que pretende el emisor.

TIPOS DE COMUNICACIÓN

Las formas de comunicación humana pueden agruparse en dos grandes categorías: la comunicación verbal y la comunicación no verbal:

- **La comunicación verbal:** se refiere a las palabras que utilizamos y a las inflexiones de nuestra voz (tono de voz).
- **La comunicación no verbal:** hace referencia a un gran número de canales, entre los que se podrían citar como los más importantes el contacto visual, los gestos faciales, los movimientos de brazos y manos o la postura y la distancia corporal.

Para comunicarse eficazmente, los mensajes verbales y no verbales deben coincidir entre sí. Muchas dificultades en la comunicación se producen cuando nuestras palabras se contradicen con nuestra conducta no verbal.

Ejemplo:

- o Un hijo le entrega un regalo a su padre por su cumpleaños y éste, con una expresión de decepción, dice: “Gracias, es justo lo que quería”.
- o Un chico encuentra a su mejor amigo por la calle y, cuando le saluda, el otro le devuelve el saludo con un frío y seco “hola” y desvía la mirada.

Estilos de comunicación

Cada persona tiene un estilo de comunicación que predomina en relación a los otros dos. Si bien es cierto que solemos comunicarnos de una forma más frecuente en uno de estos estilos, dependiendo tanto de cual sea nuestro interlocutor, del tema o la situación dada, podemos ir rotando entre los tres estilos que existen.

Por ejemplo, si nos encontramos en un ambiente que nosotros consideramos inseguro como puede ser el trabajo, lo más seguro es que adoptemos un estilo de comunicación pasivo. Por el contrario, en el entorno familiar solemos adoptar un estilo entre agresivo y asertivo, debido a la confianza que este entorno nos genera.

Existen tres estilos de comunicación diferenciados por la actitud que revelan hacia el interlocutor:

✓ **Estilo de comunicación Pasivo:** Los individuos que se caracterizan por este estilo, inhiben su comportamiento con tal de evitar cualquier confrontación con otra persona en vez de hacerse respetar, tienen una excesiva necesidad y preocupación por agradar a los demás y, a menudo, se sienten incomprendidos por los demás o manipulados.

Suelen estar dudosos en relación a sus intervenciones en la comunicación con otras personas, haciendo uso de frases tales como “Eh... bueno, quizás...” “mmm, tal vez...”. Son personas a las que no les gusta llamar la atención y hacen lo que sea para evitarlo, no se implican en los temas y muestran conformidad ante las decisiones de los demás, anteponiendo los deseos y opiniones de los demás a los suyos propios.

Su conducta verbal está representada por un tono de voz excesivamente bajo y vacilante. La entonación resulta monótona, habla entrecortado y la velocidad es, o muy rápida (producto de los nervios) o excesivamente lenta. Las frases son cortas, incluso a veces haciendo uso solamente de monosílabos.

A menudo hace uso del modo condicional, sin afirmativas y frecuentes muletillas dubitativas. Sus respuestas tienen el menor número de palabras posible.

Su conducta no verbal se caracteriza por cabeza y/o mirada cabizbaja, expresión facial seria o sonrisa tímida. La postura y movimientos son rígidos, alejados y encorvados y evitando estar frente a frente con su interlocutor.

A nivel fisiológico, suelen ser frecuentes los movimientos nerviosos de brazos y piernas y las manos sudorosas. Este estilo suele ser la causa de sentimientos de ansiedad, irritación, resentimiento, disgusto y frustración en el individuo. Además, estos individuos suelen tener una baja autoestima y mantener este estilo de comunicación no hace más que acrecentar esta baja autoestima.

- ✓ **Estilo de comunicación Agresivo:** Las personas que utilizan este estilo tratan de imponer su criterio y conseguir sus objetivos sin importarle la opinión ni los sentimientos de su interlocutor. El *modus operandi* de estos individuos es el uso de estrategias como amenazas, intimidación, sarcasmo, acusaciones, sentimiento de culpabilidad, enfado y reproches.

En ningún momento se tiene en cuenta los derechos que deben tener los demás y su lenguaje suele tener un exceso de expresiones tales como: “tienes que...”, “debes de...”, “no te voy a permitir que...”, interrumpiendo el discurso de la otra persona y dando órdenes. Su comportamiento es de tipo egocéntrico.

Su conducta verbal se caracterizará por tono de voz elevado y frío impidiendo la entonación, habla rápida y fluida, haciendo uso de monólogos y con muy poco intervalo entre una intervención y otra, no dejando que su interlocutor de su opinión. Además, hacen uso de un modo verbal imperativo.

Criticán el comportamiento de los demás, llegando incluso a propagar insultos hacia el otro. No muestran ningún tipo de interés por sus interlocutores, contestando a las preguntas que se le realizan con otra pregunta, e incluso, ignorándolas.

Los rasgos característicos de su conducta no verbal suelen ser un cuerpo adelantado, mirada fija penetrante con signos de tensión o enfado constante, gestos excesivos amenazantes hacia su receptor, cara crispada, invasión del espacio vital de la otra persona posicionándose frente a frente, entre otros. Estas conductas provocan sentimientos en la otra persona de tensión, descontrol, mala imagen con relación al emisor, humillación, frustración y rechazo.

El individuo con estilo agresivo intervendría en el debate de forma brusca y expondría sus ideas por encima de las de los demás participantes, sin mostrar ningún tipo de interés en sus decisiones.

✓ **Estilo de comunicación Asertivo:**

Este estilo es el intermedio entre el estilo agresivo y el pasivo y es característico de las personas que son capaces de defender sus propios intereses y opiniones al mismo tiempo que respetan que los demás tengan los suyos. Es el único estilo de comunicación que facilita la relación entre las personas. Suelen ser personas que disfrutan de buena autoestima, poseen seguridad en sí mismos y se muestran confiadas.

Buscan en la comunicación soluciones satisfactorias para ambas partes sin ninguna intención de manipulación. En definitiva, se sienten relajadas y con control ante la situación, lo cual facilita la comunicación. Se gustan a sí mismos y gustan a los demás. Estas personas suelen utilizar mensajes “yo”, es decir, mensajes como pueden ser: “yo opino”, “yo creo”, “yo deseo” ...

Las habilidades comunicativas que suelen tener las personas con estilo asertivo son:

- **La empatía:** la habilidad para ponerse en el lugar y punto de vista del otro y poder ponerse en su situación, teniendo en cuenta sus sentimientos, expectativas y sus intereses.
- **La escucha activa:** consiste en percibir y entender toda la información que recibimos de nuestro interlocutor y su contexto, evitando realizar interrupciones o juicios previos.

- **Comunicación no verbal** (gestos, señales y conductas) un feedback para que la otra persona sepa que estamos recibiendo correctamente su mensaje.

Estas personas se adaptan a cada contexto donde se desarrolla la interacción con el otro individuo, consiguiendo comunicarse de la manera más óptima posible en cada situación.

Este estilo favorece el afecto y afianza lazos familiares a nivel educativo, enseña a resolver conflictos de forma respetuosa, establece bien las normas y utiliza adecuadamente las contingencias. Todos estos aspectos ayudarán a que, a medida que se va acercando a la edad adulta, la persona se desarrolle de forma autónoma y con madurez.

Su conducta no verbal está caracterizada por una expresión facial amigable y relajada. Miran fijamente a su interlocutor, pero siempre respetando los descansos necesarios. Sonríen frecuentemente y se sitúan frente a frente a la otra persona, pero siempre respetando los espacios personales.

Hacen uso de gestos firmes frecuentemente, pero sin resultar amenazantes. Se muestra atento a lo que su interlocutor le quiere transmitir mediante la realización de preguntas adecuadas y, respondiendo también de forma óptima, al tipo de pregunta que recibe del otro individuo.

Aunque es el estilo de comunicación más efectivo, resulta bastante complicado ser asertivos en todas las situaciones y con todas las personas.

Anexo 25: Situación problema

María, después de una larga jornada de trabajo y recoger a sus hijos del colegio regresa a casa a las 6:00 pm, al llegar se encuentra con la casa sucia, desordenada, y debe pedir a sus dos hijos y esposo que le ayuden con las tareas de casa.

Su esposo está viendo un partido de futbol por el que estaba esperando desde hace muchos días, sus hijos dicen que quieren descansar un momento, María también quiere descansar, pero quiere ver su casa ordenada antes de descansar.

Anexo 26: Registro estilo de comunicación

Nombre: _____ **Edad:** _____

Fecha inicio: _____ **Fecha final:** _____

Indicaciones: Hacer un registro de los estilos de comunicación que utilizan a diario, describiendo brevemente lo que se le solicita.

Fecha y hora	Estilo de comunicación	Situación	Emoción provocada (%)
25-05-2017 2:00 pm	Agresiva	No le permití a mi hijo que me explicara porque saco esa nota, le grité.	Enojo 90%

Anexo 27: La Resolución de problemas

A continuación, se definen varios conceptos básicos (D’Zurilla, 1986/1993; D’Zurilla y Nezu, 2007).

- **Resolución de problemas.** Un proceso cognitivo-afectivo-conductual mediante el cual una persona intenta identificar o descubrir una solución o respuesta de afrontamiento eficaz para un problema particular.
- **Problema.** Una transacción persona-ambiente en la cual hay una discrepancia o desequilibrio percibido entre las exigencias y la disponibilidad de respuesta. La persona en dicha situación percibe una discrepancia entre “lo que es” y “lo que debería ser” en condiciones donde los medios para reducir la discrepancia no están inmediatamente patentes o disponibles.
- **Solución.** Una respuesta de afrontamiento o pauta de respuesta que es eficaz en alterar una situación problemática y/o las reacciones personales de uno ante la misma de modo que ya no es percibida como un problema, al mismo tiempo que maximiza otros beneficios y minimiza los costos.
- **Estrés.** Una transacción persona-ambiente en la cual las exigencias (externas o internas) percibidas exceden los recursos percibidos de afrontamiento.
- **Afrontamiento.** Las respuestas o actividades mediante las cuales una persona intenta reducir, minimizar, controlar o prevenir el estrés. El afrontamiento dirigido a las metas se refiere a los intentos de la persona para reducir el estrés mediante una meta de resolución de problemas. El afrontamiento facilitativo se refiere a los intentos de la persona para eliminar los obstáculos cognitivos y emocionales a la resolución eficaz de problemas.
- **Emoción.** Una pauta de respuesta que incluye respuestas fisiológicas (p.ej., actividad del sistema nervioso autónomo), respuestas cognitivas (p.ej., valoraciones amenazantes) y respuestas motoras (p.ej., respuestas de evitación). Las emociones varían en calidad subjetiva (placer contra dolor), intensidad (grado de activación autónoma) y duración.

Con relación al afrontamiento, conviene tener en cuenta que se han identificado dos sistemas cualitativamente diferentes de procesamiento de información:

- 1) El **sistema automático/experiencial**: opera a nivel preconscious, rápido (orientado a la acción inmediata), sin esfuerzo, no deliberado, emocional y es validado intuitivamente. El sistema no automático/racional es consciente, más lento (orientado a la acción retardada), deliberado, con esfuerzo, analítico, lógico y objetivamente validado (a través de la lógica y los datos).
- 2) **Proceso de resolución de problemas**: Según D’Zurilla, Nezu y Maydeu-Olivares (1996), se considera que los resultados de la resolución de problemas vienen determinados por dos procesos generales relativamente independientes: a) orientación hacia los problemas y b) resolución de problemas propiamente dicha.
 - ✓ La orientación o actitud hacia los problemas es primariamente un proceso motivacional que implica la operación de un conjunto de esquemas cognitivo-emocionales relativamente estables (tanto funcionales como disfuncionales) que reflejan los pensamientos y sentimientos generalizados de una persona sobre los problemas de la vida y sobre su propia habilidad para resolver problemas (es decir, valoraciones, creencias, expectativas y respuestas emocionales generalizadas). Estos esquemas, junto con las tendencias conductuales de aproximación-evitación que les acompañan tienen un efecto facilitador o inhibidor sobre la resolución de problemas en situaciones específicas.
 - ✓ Las habilidades específicas de resolución de problemas. Por otra parte, la resolución de problemas propiamente dicha implica la búsqueda racional de una solución o soluciones a través de una serie de estrategias que ayudan a solucionar o afrontar una situación problemática. Se consideran cuatro habilidades básicas: 1) definición y formulación del problema, 2) generación de soluciones alternativas, 3) toma de decisión, y 4) aplicación de la solución y comprobación de su utilidad. Estas habilidades pueden verse como fases que representan una secuencia útil, pero no necesariamente lineal. La solución de un problema suele requerir movimientos hacia atrás y adelante entre las distintas fases. Por ejemplo, uno puede estar en la toma de decisión y volver a la definición del problema en busca de más información. O mientras se está en la fase de decisión, se le ocurren a uno mejoras en las soluciones previamente pensadas.

Anexo 28: Resolviendo problemas

Nombre: _____ Fecha: _____

Descripción del problema _____

Ahora analiza...

<i>¿Cuál fue el problema?</i>	
<i>¿Por qué sucedió?</i>	
<i>¿Cómo puedo solucionar?</i>	
<i>¿Cuál es la solución que más conviene o convino?</i>	
<i>¿Cómo puedo o pude llevarlo a la práctica?</i>	
<i>¿Qué resultado tuve o tendré?</i>	

Anexo 29: Autorregistro resolución de problemas

Nombre: _____ **Indicaciones:** registra por lo menos una situación problemática que te haya sucedido durante el día y trata de resolver el problema empleando el método de resolución de problemas desarrollado durante la sesión.

Fecha y Hora	Problema	Involucrados/as	Soluciones alternativas	Solución elegida	Resultados

Anexo 30: Cuestionario de evaluación

Nombre: _____ Edad: _____

Objetivo: Recolectar las vivencias de cada uno de los participantes del programa “Liberando presiones”, con el fin de verificar los aprendidos en dicho programa.

Indicación: Responda a cada una de las preguntas que se le indica de forma sincera,

¿El programa de intervención cumplió con mis expectativas? Sí _____ No _____

Por qué _____

¿Qué aprendí del programa de intervención? _____

¿Considero que los contenidos desarrollados en las sesiones me servirán en mi vida cotidiana? Sí _____ No _____ Por qué _____

¿Lo que he aprendido en las sesiones de trabajo lo he puesto en práctica? Sí _____ No _____

¿En qué momento o ámbito? _____

¿Cuáles han sido los obstáculos con los que me he encontrado al realizar la práctica?

¿Cuáles fueron las emociones o sentimientos experimentados en el desarrollo del programa?

¿Qué me gustó del programa de intervención Liberando presiones?

¿Qué fue lo que no me gustó del programa de intervención Liberando presiones?

¿En qué aspectos considera que podría haber mejorado más? _____

Si tuviera que recomendar el programa de intervención a un amigo o familiar, ¿qué les recomendarías? _____

Gracias por responder a todas las preguntas, que tenga un feliz día

Referencias bibliográficas

- ✓ Magán, U. I. (2010). Factores cognitivos relacionados con la ira y la hostilidad en hipertensión arterial esencial (tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid. España
- ✓ Enrique G., Fernández-Abascal, (2009), Emociones positivas, Madrid, España, Editorial Pirámide.
- ✓ Bonifacio Sandin, (2008), El estrés psicosocial: conceptos y consecuencias clínicas, 2da. Edición, Madrid, España, Editorial Klinik.
- ✓ Molina Díaz, (2006) Manual de Hipertensión Arterial en la Práctica Clínica de Atención Primaria.
- ✓ Aram V. Chobanian et al, (2003). Séptimo Informe del Comité Nacional Conjunto en prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial.
- ✓ Vásquez I., Fernández C., Pérez M. (2003), Manual de psicología de la salud, 2da. Edición, Madrid, España, Editorial Pirámide.
- ✓ Linda Brannon, Jess Feist, (2001), Psicología de la salud, Madrid, España, Editorial Paraninfo.
- ✓ Julián Melgosa, (1994), Sin estrés, Madrid, España, Editorial Safeliz, S.L.
- ✓ Ministerio de Salud (2003) Guía de buenas prácticas clínicas para la atención con diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica, recuperado de: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guias_clinicas_buenas_practicas_pacientes_diabetes_hipertension_y_renal_cronica.pdf

- ✓ Fernández-Abascal y Díaz (1994) Ira y hostilidad en los trastornos coronarios,
Recuperado de: http://www.um.es/analesps/v10/v10_2/08-10_2.pdf
- ✓ <http://www.redalyc.org/pdf/1342/134212604002.pdf>

Anexos de la investigación

Anexo #1: Cuadro matriz de operacionalización de variables

Tema: Factores emocionales y su relación con la hipertensión arterial esencial y diseño de un programa psicoterapéutico en pacientes de 45 a 65 años de las unidades Comunitarias de Salud Familiar de Ayutuxtepeque y Cantón Zacamil de municipio de Mejicanos del Depto. De San Salvador.

Enunciado: ¿Existirá relación entre los factores emocionales y la hipertensión arterial esencial que presentan los pacientes de 45 a 65 años de las unidades Comunitarias de Salud Familiar?

Objetivo específico: Identificar los factores emocionales relacionados con la alteración de los niveles de la presión arterial.

Hipótesis	Unidades de Análisis	Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores
“Si existe relación entre los factores emocionales y la hipertensión arterial esencial que presentan los pacientes de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar”.	Personas Hipertensas	VI: Factores emocionales: estrés, ira, ansiedad y depresión VD: Hipertensión arterial esencial	Se refiere a los procesos responsables de mantener la capacidad de resistencia biológica y psicológica que permiten que el sujeto ejecute con eficacia las reacciones cognitivo conductuales para su ajuste personal con hondas repercusiones en su salud y bienestar (Núñez y Tobón 2005) Elevación mantenida de la presión arterial por encima de los niveles normales, una presión sistólica de 120 mmHg y una tensión	Inventario de Estrés, Inventario de Ira Estado Rasgo Staxi-2, Inventario de Ansiedad de Beck e Inventario de Depresión de Beck. Niveles de presión arterial registrados por el tensiómetro.	<i>Estrés.</i> Ausencia: 0-95 puntos Presencia: 96-288 puntos <i>Ira.</i> Ausencia: 25-50 centiles Presencia: 50-75 (o más) centiles <i>Ansiedad:</i> Ausencia: 0-18 puntos Presencia: 19-63 <i>Depresión.</i> Ausencia: 0-18 puntos Presencia: 19-63 Presencia o ausencia de altos niveles de presión arterial los cuales pueden encontrarse entre >120mmHg/ > 80mmHg

			diastólica de 80mm Hg (Molina Díaz 2006).		
--	--	--	--	--	--

VARIABLE	DIMENSIÓN	Instrumento/ Aparato	SUB-DIMENSIÓN	VALOR FINAL	TIPO DE VARIABLE
Factores emocionales	Estrés	Inventario de Estrés	Estilo de vida, ambiente, síntomas, empleo/ocupación, relaciones y personalidad	0-288	Numérica
	Ira	Inventario de Ira Estado-Rasgo Staxi-2	Estado de Ira	Nulo	Ordinal
				Bajo	
				Moderado	
			Alto		
	Rasgo de Ira	10-40	Numérica		
Índice de Expresión de Ira	0-72	Numérica			
Ansiedad	Inventario de Ansiedad de Beck	Ansiedad	0-63	Numérica	
Depresión	Inventario de Depresión de Beck	Depresión	0-63	Numérica	
Presión Arterial	Sistólica	Tensiómetro	Sistólica	130-180mmHg	Numérica
	Diastólica	Tensiómetro	Diastólica	60-120mmHg	Numérica
Datos Sociodemográficos	Género	Guía de entrevista	Femenino	Mujer	Nominal
			Masculino	Hombre	
	Edad		Edad	Años	Numérica
	Estado civil		Soltero		Nominal
			Casado		
			Viudo		
			Divorciado		
	Nivel educativo		Sin estudio		Ordinal
			Básico		
			Bachiller		
			Técnico		
	Estado laboral		Universitario		Nominal
			Empleado		
Desempleado					
Emprendedor					
N° de hijos	N° de hijos	Pensionado		Numérica	
		N° de hijos	0-8		

Anexo #2

Universidad de El Salvador
Facultad de Ciencias y Humanidades
Departamento de Psicología



Guía de Entrevista

Dirigida a personas con diagnóstico de Hipertensión

Objetivo: Conocer la vivencia que tienen las personas con diagnóstico de hipertensión, así como los factores que de acuerdo a su opinión inciden en la misma.

Datos generales:

Nombre: _____ Sexo: _____ Edad: _____

Profesión/oficio: _____ Nivel académico: _____

Lugar de trabajo: _____ Funciones: _____

Estado civil: _____ Número de hijos: _____

Indicación: A continuación, se le presentará una serie de interrogantes a las cuales se les solicita responda.

1. ¿Hace cuánto tiempo fue diagnosticado/a como hipertenso/a?

2. ¿Cómo se sintió al conocer el diagnóstico?

3. ¿Sabe usted por qué padece hipertensión?

4. ¿Sucedía algún hecho importante en su vida cuando fue diagnosticado/a como hipertenso/a?

5. ¿En qué áreas la hipertensión le ha afectado su vida?

6. ¿Toma medicamento para controlar su presión arterial? ¿Cuáles?

7. ¿Qué efectos secundarios le ocasiona el medicamento?

8. Mencione las preocupaciones o problemáticas personales y familiares que le afectan emocionalmente porque no les encuentra solución:

9. ¿Cree que las anteriores situaciones que le preocupan influyen en que se eleve su presión arterial? ¿Por qué?

10. ¿Cuál es su actitud frente a los problemas a los que se enfrenta?

11. ¿Ha notado si cuando soluciona un problema que le estresa su presión arterial mejora?:

12. ¿Considera importante el apoyo de su grupo familiar para mejorar su estado de salud?

13. ¿Ha notado cuáles son sus estados de ánimos más frecuentes?

14. Si hubiera un programa para atender esas problemáticas emocionales estaría dispuesta/o a participar. ¿Qué la motivaría a participar?

Anexo#3

Universidad de El Salvador
Facultad de Ciencias y Humanidades
Departamento de Psicología



Guía de observación dirigida a pacientes

Objetivo: Observar y registrar comportamientos que presenta la persona durante la entrevista.

Datos generales:

Nombre: _____ Sexo: _____ Edad: _____
Profesión/oficio: _____ Nivel académico: _____
Lugar de trabajo: _____ Funciones: _____
Estado civil: _____ Número de hijos: _____

Apariencia física				
N°	Aspectos a observar	Mucho	Poco	Nada
1	Vestimenta limpia y en buen estado			
2	Cabello limpio y ordenado			
3	Piel limpia			
4	Rostro maquillado			
5	Rostro limpio			
	Otros:			
Expresión facial				
N°	Aspectos a observar	Mucho	Poco	Nada
1	Se sonroja			
2	Humedad en los ojos			
3	Llora			
4	Sonríe			
5	Tics			
6	Movimiento ocular			
7	Disgusto			
	Otros:			
Movimiento corporal				
N°	Aspectos a observar	Mucho	Poco	Nada
1	Mueve las manos			
2	Mueve los pies			
3	Mueve todo el cuerpo			
4	Toma objetos del entorno			

5	Tics			
6	Dificultad para comunicarse utilizando gestos o mímicas			
7	Problemas de equilibrio			
	Otros:			
Emocionalidad				
N°	Aspectos a observar	Mucho	Poco	Nada
1	Alegre			
2	Enojado			
3	Triste			
4	Serio			
5	Preocupado			
6	Fluctuante			
7	Inquietud			
	Otros:			
Lenguaje				
N°	Aspectos a observar	Mucho	Poco	Nada
1	Lento			
2	Rápido			
3	Errores de pronunciación			
4	Contesta eficientemente las preguntas que se le hacen			
5	Bagaje de lenguaje pobre			
6	Utiliza palabras obscenas			
7	Su tono de voz es alto			
	Otros:			
Interacción con la psicóloga				
N°	Aspectos a observar	Mucho	Poco	Nada
1	Contacto ocular			
2	Atento/a a las indicaciones de la psicóloga			
3	Indiferente a las indicaciones			
4	Desconfiado/a			
5	Respetuoso/a			
	Otros:			

Anexo #4 Inventario de estrés

INVENTARIO DE ESTRÉS

¿ Cu á n t o e s t r é s t e n g o ?

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: M _____ F _____ Estado Civil: _____

Ocupación: _____

Lugar y Fecha: _____

Indicaciones:

Este inventario para la evaluación de estrés individual, se ha planteado en el contexto de la vida normal y habitual, excluyendo las situaciones excepcionales como una guerra, una catástrofe natural o una epidemia.

Vaya anotando los puntos que usted se atribuye en cada uno de los 96 casos de los diferentes ámbitos. Realice la suma de puntos de cada uno de ellos:

- | | | |
|-------------|---------------------|-----------------|
| 1. Vida | 3. Síntomas | 5. Relaciones |
| 2. Ambiente | 4. Empleo/Ocupación | 6. Personalidad |

El total de cada ámbito se coloca en lugar correspondiente del recuadro de la pagina 4, a esos puntos se añaden los propios de dicho recuadro. La puntuación total le dará el grado de estrés que usted tiene en este momento. A continuación localice su zona de estrés en el grafico de la pagina 5, y ya puede sacar su propias consecuencias.

Para que la puntuación sea valida, usted tiene, por supuesto, que responder a todo con absoluta sinceridad.

I. Estilo de Vida

	Nunca	Casi Nunca	Frecuentemente	Casi siempre
1. Duermo un numero de horas adecuado a mis necesidades	3	2	1	0
2. Como a horas fijas	3	2	1	0
3. Cuando estoy nervioso tomo tranquilizantes	0	1	2	3
4. Para ocupar mi tiempo libre veo la T.V. o el Video.....	0	1	2	3
5. Hago ejercicio físico de forma regular	3	2	1	0
6. Como con prisa.....	0	1	2	3
7. De los alimentos ricos en colesterol (huevo, hígado, queso, helados) como cuanto me apetece.....	0	1	2	3
8. Consumo frutas y verduras abundantemente	3	2	1	0
9. Bebo agua fuera de las comidas	3	2	1	0
10. Como entre horas	0	1	2	3
11. Desayuno abundantemente	3	2	1	0
12. Ceno poco.....	3	2	1	0
13. Fumo.....	0	1	2	3
14. Tomo bebidas alcohólicas	0	1	2	3
15. En mi tiempo libre busco la naturaleza y el aire puro.....	3	2	1	0
16. Practico un "Hobby" o afición que me relaja.....	3	2	1	0

Total de Estilo de Vida _____

2. AMBIENTE

	Nunca	Casi Nunca	Frecuentemente	Casi siempre
17. Mi familia es bastante numerosa.....	0	1	2	3
18. Siento que necesita mas espacio en mi casa.....	0	1	2	3
19. Todas mis cosas están en su sitio.....	3	2	1	0
20. Disfruto de la atmosfera hogareña.....	3	2	1	0
21. Mis vecinos son escandalosos.....	0	1	2	3
22. Suele haber mucha gente en la zona donde vivo.....	0	1	2	3
23. Mi casa esta limpia y ordenada.....	3	2	1	0
24. En mi casa me relajo con tranquilidad.....	3	2	1	0
25. Mi dormitorio se me hace pequeño.....	0	1	2	3
26. Siento como si viviésemos mucho bajo el mismo techo.....	0	1	2	3
27. Cuando contemplo la decoración de mi casa me siento satisfecho/a.....	3	2	1	0
28. Considero mi casa lo suficiente amplia para nuestras necesidades.....	3	2	1	0
29. En mi barrio hay olores desagradables.....	0	1	2	3
30. La zona donde vivo es bastante ruidosa.....	0	1	2	3
31. El aire de mi localidad es puro y limpio.....	3	2	1	0
32. La calle y los jardines de mi barrio están limpios.....	3	2	1	0
Total Ambiente				<u>26</u>

3. SINTOMAS

	Nunca	Casi Nunca	Frecuentemente	Casi siempre
33. Sufro de dolores de cabeza.....	0	1	2	3
34. Tengo dolores abdominales.....	0	1	2	3
35. Hago bien las digestiones.....	3	2	1	0
36. Voy regularmente de vientre.....	3	2	1	0
37. Me molesta la zona lumbar.....	0	1	2	3
38. Tengo taquicardia.....	0	1	2	3
39. Estoy libre de alergias.....	3	2	1	0
40. Tengo sensaciones de ahogo.....	0	1	2	3
41. Se me agarrotan los músculos del cuello y de la espalda.....	0	1	2	3
42. Tengo la tensión sanguínea moderada y constante.....	3	2	1	0
43. Mantengo mi memoria normal.....	3	2	1	0
44. Tengo poco apetito.....	0	1	2	3
45. Me siento cansado y sin energía.....	0	1	2	3
46. Sufro de insomnio.....	0	1	2	3
47. Sudo mucho (incluso sin hacer ejercicio).....	0	1	2	3
48. Lloro y me desespero con facilidad.....	0	1	2	3
Total Síntomas				<u>72</u>

4. EMPLEO/OCUPACIÓN

	Nunca	Casi Nunca	Frecuentemente	Casi siempre
49. Mi labor cotidiana me provoca mucha tensión	0	1	2	3
50. En mis ratos libres pienso en los problemas del trabajo	0	1	2	3
51. Mi horario de trabajo es regular.....	3	2	1	0
52. Mis ocupaciones me permiten comer tranquilamente en casa	3	2	1	0
53. Me llevo trabajo a casa para hacerlo por las noches o fines de semana.....	0	1	2	3
54. Practico el pluriempleo	0	1	2	3
55. Cuando trabajo se me pasa el tiempo volando	3	2	1	0
56. Me siento útil y satisfecho con mis ocupaciones.....	3	2	1	0
57. Tengo miedo a perder mi empleo.....	0	1	2	3
58. Me llevo mal con mis compañeros de trabajo	0	1	2	3
59. Mantengo muy buenas relaciones con mi jefe.....	3	2	1	0
60. Considero muy estable mi puesto	3	2	1	0
61. Utilizo el automóvil como medio de trabajo.....	0	1	2	3
62. Me olvido de comer cuando estoy tratando de terminar alguna tarea.....	0	1	2	3
63. Me considero capacitado para mis funciones.....	3	2	1	0
64. Tengo la impresión de que mi jefe y/o familia aprecian el trabajo que hago.....	3	2	1	0

Total Trabajo/Ocupación _____

5. RELACIONES

	Nunca	Casi Nunca	Frecuentemente	Casi siempre
65. Disfruto siendo amable y Cortez con la gente.....	3	2	1	0
66. Suelo confiar en los demás.....	3	2	1	0
67. Me siento molesto/a cuando mis planes dependen de otros.....	0	1	2	3
68. Me afectan mucho las disputas	0	1	2	3
69. Tengo amigos/as dispuestos/as a escucharme	3	2	1	0
70. Me siento satisfecho de mis relaciones sexuales.....	3	2	1	0
71. Me importa mucho la opinión que otros tengan de mi	0	1	2	3
72. Deseo hacer las cosas mejor que los demás	0	1	2	3
73. Mis compañeros/as de trabajo son mis amigos/as	3	2	1	0
74. Tengo paciencia de escuchar los problemas de los demás.....	3	2	1	0
75. Pienso que mi esposo/a tiene mucho que cambiar para que la relación sea buena (para los no casados novia/o).....	0	1	2	3
76. Hablo demasiado	0	1	2	3
77. Al discutir con alguien me doy cuenta de que pronto empiezo a levantar la voz.....	0	1	2	3
78. Siento envidia porque otros tienen mas que yo	0	1	2	3
79. Cuando discuto con alguien pienso en lo que voy a decir mientras el otro habla.....	0	1	2	3
80. Me pongo nervioso cuando me dan ordenes	0	1	2	3

Total Relaciones _____

6. PERSONALIDAD

	Nunca	Casi Nunca	Frecuentemente	Casi siempre
81. Me siento generalmente satisfecho de mi vida	3	2	1	0
82. Me gusta hablar bien de la gente	3	2	1	0
83. Me pone nervioso/a cuando alguien conduce su automóvil despacio delante de mi.....	0	1	2	3
84. Cuando hay cola en una ventanilla o establecimiento me marcho	0	1	2	3
85. Suelo ser generoso/a conmigo mismo/a a la hora de imponerme fechas tope	3	2	1	0
86. Tengo confianza en el futuro.....	3	2	1	0
87. Aun cuando no me gusta, tiendo a pensar en lo peor.....	0	1	2	3
88. Me gusta hacer las cosas a mi manera y me irrito cuando no es posible	0	1	2	3
89. Tengo buen sentido del humor.....	3	2	1	0
90. Me agrada mi manera de ser.....	3	2	1	0
91. Me pone nervioso si me interrumpen cuando estoy en medio de alguna actividad ..	0	1	2	3
92. Soy perfeccionista	0	1	2	3
93. Pienso en los que me deben dinero	0	1	2	3
94. Me pongo muy nervioso cuando me meto en un atasco automovilístico.....	0	1	2	3
95. Me aburro pronto de las vacaciones y quiero volver a la actividad "productiva" ...	0	1	2	3
96. Tengo miedo a que algún día pueda contraer alguna enfermedad fatal, como cáncer	0	1	2	3
Total Personalidad _____				

Sexo:* Varón Mujer

Edad:* _____ Años.

Estado civil:* Casado/a Soltero/a Viudo/a Otros: _____

I. Anótese los puntos de cada ámbito

1. Estilo de vida _____
2. Ambiente _____
3. Síntomas _____
4. Trabajo _____
5. Relaciones _____
6. Personalidad _____

III. Anótese 2 puntos

- Tiene entre 25 y 34 años _____
- Es soltero/a o viudo/a _____
- Vive en una ciudad pequeña _____
- Tiene en casa 1 ó 2 hijos _____
- Su trabajo es temporal _____

II. Anótese 3 puntos si usted

- Tiene entre 35 y 60 años _____
- Es separado/a o divorciado/a _____
- Tiene en casa tres hijos _____
- Esta desempleado _____

TOTAL DE Puntuación _____

** Estos datos pueden incluirse si el test se esta haciendo a modo de encuesta. Al conocer estos datos se puede evaluar estos datos por sectores de población, y con ello sacar conclusiones de interés general.

Anexo #5 Staxi-2

NOMBRE Y APELLIDOS:	
EDAD:	SEXO:
ESTADO CIVIL:	FECHA:
ESTUDIOS:	



Autor: Charles Spielberger.
Copyright © 1988, 1991 by PAR, Psychological Assessment Resources, Inc.
Copyright de la versión española © 2001 by J.J. Miguel-Tobal, M.I. Casado, A. Cano-Vindel y C. Spielberger.
Copyright de la edición española © 2001 by TEA Ediciones, S.A.
Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Este ejemplar está impreso en **DOS TINTAS**. Si le presentan uno en negro, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, **NO LA UTILICE** - Printed in Spain. Impreso en España.

Parte 1

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada afirmación y rodee con un círculo una de las letras que encontrará a la derecha, la letra que mejor indique CÓMO SE SIENTE AHORA MISMO, utilizando la siguiente escala de valoración:

A NO, EN ABSOLUTO

B ALGO

C MODERADAMENTE

D MUCHO

CÓMO ME SIENTO EN ESTE MOMENTO

- | | | |
|----|---|---------|
| 1 | Estoy furioso | A B C D |
| 2 | Me siento irritado | A B C D |
| 3 | Me siento enfadado | A B C D |
| 4 | Le pegaría a alguien | A B C D |
| 5 | Estoy quemado | A B C D |
| 6 | Me gustaría decir tacos | A B C D |
| 7 | Estoy cabreado | A B C D |
| 8 | Daría puñetazos a la pared | A B C D |
| 9 | Me dan ganas de maldecir a gritos | A B C D |
| 10 | Me dan ganas de gritarle a alguien | A B C D |
| 11 | Quiero romper algo | A B C D |
| 12 | Me dan ganas de gritar | A B C D |
| 13 | Le tiraría algo a alguien | A B C D |
| 14 | Tengo ganas de abofetear a alguien | A B C D |
| 15 | Me gustaría echarle la bronca a alguien | A B C D |

**NO ANOTE NADA
EN ESTE ESPACIO
O PODRÍA INVALIDAR
SU EJERCICIO**

Parte 2

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada afirmación y rodee con un círculo la letra que mejor indique CÓMO SE SIENTE NORMALMENTE, utilizando la siguiente escala de valoración:

A CASI NUNCA

B ALGUNAS VECES

C A MENUDO

D CASI SIEMPRE

CÓMO ME SIENTO NORMALMENTE

- | | | |
|----|---|---------|
| 16 | Me caliento rápidamente | A B C D |
| 17 | Tengo un carácter irritable | A B C D |
| 18 | Soy una persona exaltada | A B C D |
| 19 | Me molesta cuando hago algo bien y no me lo reconocen | A B C D |
| 20 | Tiendo a perder los estribos | A B C D |
| 21 | Me pone furioso que me critiquen delante de los demás | A B C D |
| 22 | Me siento furioso cuando hago un buen trabajo y se me valora poco | A B C D |
| 23 | Me cabreo con facilidad | A B C D |
| 24 | Me enfado si no me salen las cosas como tenía previsto | A B C D |
| 25 | Me enfado cuando se me trata injustamente | A B C D |

**NO ANOTE NADA
EN ESTE ESPACIO
O PODRÍA INVALIDAR
SU EJERCICIO**

NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

Parte 3

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describir sus reacciones cuando se siente enfadada. Lea cada afirmación y rodee con un círculo la letra que mejor indique CÓMO REACCIONA O SE COMPORTA CUANDO ESTÁ ENFADADO O FURIOSO, utilizando la siguiente escala:

- A CASI NUNCA** **B ALGUNAS VECES** **C A MENUDO** **D CASI SIEMPRE**

CUANDO ME ENFADO O ENFUREZCO

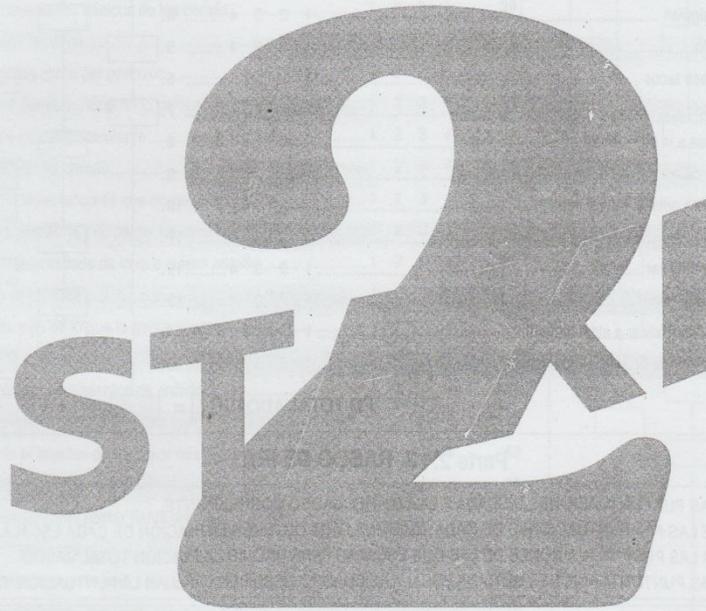
26. Controlo mi temperamento	A B C D
27. Expreso mi ira	A B C D
28. Me guardo para mí lo que siento	A B C D
29. Hago comentarios irónicos de los demás	A B C D
30. Mantengo la calma	A B C D
31. Hago cosas como dar portazos	A B C D
32. Ardo por dentro aunque no lo demuestro	A B C D
33. Controlo mi comportamiento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

**NO ANOTE NADA
EN ESTE ESPACIO
O PODRÍA INVALIDAR
SU EJERCICIO**

**NO ANOTE NADA EN ESTE ESPACIO
O PODRÍA INVALIDAR SU EJERCICIO**

Protocolo de Corrección

NOMBRE Y APELLIDOS:	
EDAD:	SEXO:
ESTADO CIVIL:	FECHA:
ESTUDIOS:	



Autor: Charles Spielberger.

Copyright © 1988, 1991 by PAR, Psychological Assessment Resources, Inc.

Copyright de la versión española © 2001 by J.J. Miguel-Tobal, M.I. Casado, A. Cano-Vindel y C. Spielberger.

Copyright de la edición española © 2001 by TEA Ediciones, S.A.

Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS. Si le presentan uno en negro, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propia, NO LA UTILICE - Printed in Spain. Impreso en España.

Parte 1. ESCALA DE ESTADO

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

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

Parte 2. RASGO DE IRA

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

		RASGO DE IRA						
		TEMP.	REACC.					
16	Me caliento rápidamente	1	2	3	4	16	<input type="text"/>	
17	Tengo un carácter irritable	1	2	3	4	17	<input type="text"/>	
18	Soy una persona exaltada	1	2	3	4	18	<input type="text"/>	
19	Me molesta cuando hago algo bien y no me lo reconocen	1	2	3	4	19		<input type="text"/>
20	Tiendo a perder los estribos	1	2	3	4	20	<input type="text"/>	
21	Me pone furioso que me critiquen delante de los demás	1	2	3	4	21		<input type="text"/>
22	Me siento furioso cuando hago un buen trabajo y se me valora poco	1	2	3	4	22		<input type="text"/>
23	Me cabreo con facilidad	1	2	3	4	23	<input type="text"/>	
24	Me enfado si no me salen las cosas como tenía previsto	1	2	3	4	24		<input type="text"/>
25	Me enfado cuando se me trata injustamente	1	2	3	4	25		<input type="text"/>
PD TOTAL RASGO		<input type="text"/>		=	<input type="text"/>	+	<input type="text"/>	

Parte 3. EXPRESIÓN Y CONTROL DE LA IRA

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

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

CUADRO RESUMEN DE PUNTUACIONES

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

SENT.	Exp. F	Exp. V	TEMP.	REACC.	E. EXT.	E. INT.	C. EXT.	C. INT.
TOTAL ESTADO			TOTAL RASGO					

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

$$IEI = (\text{E.EXT.} + \text{E.INT.}) - (\text{C.EXT.} + \text{C.INT.}) + 36 = \text{[]}$$

Anexo #6
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)¹

Nombre: _____ Fecha: _____

A continuación, hay una lista de síntomas frecuentes de ansiedad. Lea, por favor cada uno de ellos atentamente. Indique el grado de molestia que le ha provocado cada síntoma **durante los últimos 7 días** colocando el número adecuado en el espacio correspondiente.

0: Ninguno 1: Ligero 2: Moderado 3: Grave

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Insensibilidad física o cosquilleo | <input type="checkbox"/> |
| 2. Acaloramiento..... | <input type="checkbox"/> |
| 3. Debilidad en las piernas..... | <input type="checkbox"/> |
| 4. Incapacidad para relajarme..... | <input type="checkbox"/> |
| 5. Temor a que suceda lo peor..... | <input type="checkbox"/> |
| 6. Mareos o vértigos..... | <input type="checkbox"/> |
| 7. Aceleración del ritmo cardíaco..... | <input type="checkbox"/> |
| 8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física..... | <input type="checkbox"/> |
| 9. Sensación de estar aterrorizado..... | <input type="checkbox"/> |
| 10. Nerviosismo..... | <input type="checkbox"/> |
| 11. Sensación de ahogo..... | <input type="checkbox"/> |
| 12. Temblor en las manos..... | <input type="checkbox"/> |
| 13. Temblor generalizado o estremecimiento..... | <input type="checkbox"/> |
| 14. Miedo a perder el control..... | <input type="checkbox"/> |
| 15. Dificultad para respirar..... | <input type="checkbox"/> |
| 16. Miedo a morir..... | <input type="checkbox"/> |
| 17. Estar asustado..... | <input type="checkbox"/> |
| 18. Indigestión o malestar en el abdomen..... | <input type="checkbox"/> |
| 19. Sensación de irse a desmayar..... | <input type="checkbox"/> |
| 20. Rubor facial..... | <input type="checkbox"/> |
| 21. Sudor (no debido al calor)..... | <input type="checkbox"/> |

¹Beck, Epstein, Brown Steer, 1988

Anexo #7
Inventario de Depresión de Beck (BDI)¹

Nombre: _____ **Nº:** _____

INDICACIONES: En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido DURANTE ESTA ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márcuela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1. 0 No me siento triste.
 - 1 Me siento triste.
 - 2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
 - 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2. 0 No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
 - 1 Me siento desanimado respecto al futuro.
 - 2 Siento que no tengo que esperar nada.
 - 3 Siento que el futuro es desesperanzador y que las cosas no van a mejorar.

3. 0 No me siento fracasado.
 - 1 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
 - 2 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
 - 3 Me siento una persona totalmente fracasada.

4. 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 - 1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
 - 2 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
 - 3 Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5. 0 No me siento especialmente culpable.
 - 1 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 - 2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 - 3 Me siento culpable constantemente.

¹Beck et al., 1979

6. 0 Creo que no estoy siendo castigado.
 - 1 Siento que puedo ser castigado.
 - 2 Espero ser castigado.
 - 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. 0 No me siento descontento conmigo mismo.
 - 1 Estoy descontento conmigo mismo.
 - 2 Me avergüenzo de mí mismo.
 - 3 Me odio.

8. 0 No me considero peor que cualquier otro.
 - 1 Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
 - 2 Continuamente me culpo por mis faltas.
 - 3 Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 - 1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo haría.
 - 2 Desearía suicidarme.
 - 3 Me suicidaría si tuviera la oportunidad.

10. 0 No lloro más de lo que solía.
 - 1 Ahora lloro más que antes.
 - 2 Lloro continuamente.
 - 3 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo incluso aunque quiera.

11. 0 No estoy más irritado de lo normal en mí.
 - 1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 - 2 Me siento irritado continuamente.
 - 3 No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12. 0 No he perdido el interés por los demás.
 - 1 Estoy menos interesado en los demás que antes.
 - 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
 - 3 He perdido todo interés por los demás.

13. 0 Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
 - 1 Evito tomar decisiones más que antes.
 - 2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
 - 3 Ya me es imposible tomar decisiones.

14. 0 No creo tener peor aspecto que antes.
 - 1 Estoy preocupado porque parezco muy poco atractivo.

- 2 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- 3 Creo que tengo un aspecto horrible.

15.0 Trabajo igual que antes.

- 1 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- 2 Tengo que obligarme mucho para hacer todo.
- 3 No puedo hacer nada en absoluto

16.0 Duermo tan bien como siempre.

- 1 No duermo tan bien como antes.
- 2 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- 3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17. 0 No me siento más cansado de lo normal

- 1 Me canso más fácilmente que antes.
- 2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- 3 Estoy demasiado cansado para hacer algo.

18.0 Mi apetito no ha disminuido

- 1 No tengo tan buen apetito como antes.
- 2 Ahora tengo mucho menos apetito.
- 3 He perdido completamente el apetito.

19.0 Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.

- 1 He perdido más de 2 kilos
- 2 He perdido más de 4 kilos
- 3 He perdido más de 7 kilos

Estoy a dieta para adelgazar: SI NO

20.0 No estoy preocupado por mi salud más que de lo normal.

- 1 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- 2 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.
- 3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier otra cosa.

21. 0 No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

- 1 Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- 2 Ahora estoy mucho menos interesado por el sexo.
- 3 He perdido totalmente mi interés por el sexo

Valoración:

Puntuación Diagnóstico

0-9 Depresión ausente o mínima

10-18 Depresión leve

19-29 Depresión moderada

30-63 Depresión grave

Anexo #8: Transcripción de acuerdo de junta directiva

CORRECTO	
	
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES SECRETARIA <i>Ciudad Universitaria, Final avenida Mártires y Héroes del 30 julio, San Salvador, El Salvador, América Central</i>	
TRANSCRIPCIÓN DE ACUERDOS DE JUNTA DIRECTIVA	
FECHA: 25 de abril de 2016 PARA: Lic. Mauricio Evaristo Morales <i>Coordinador General de Procesos de Graduación, Depto. de Psicología</i>	
ACUERDO No: 633 PUNTO: V. 7, b) ACTA No: 14/2016 (10/2015 -10/2019) FECHA DE SESIÓN: 15 de abril de 2016	
<p>Junta Directiva recibió correspondencia presentada por el Licenciado Mauricio Evaristo Morales, Coordinador General de Procesos de Graduación del Departamento de Psicología, quien solicita aprobación de Temas de Trabajo de Grado y nombramiento de Docentes Asesores para los trabajos de investigación que desarrollarán en su Proceso de Graduación, los estudiantes egresados de la Carrera Licenciatura en Psicología, durante el ciclo I/2016. Por tanto, Junta Directiva, conforme las atribuciones que le establece el Art. 207 del Reglamento de la Gestión Académico-Administrativa de la Universidad de El Salvador, con siete votos a favor,</p>	
ACUERDA:	
a) Aprobar los Temas de Trabajo de Grado de los estudiantes de la Licenciatura en Psicología los cuales serán desarrollados en Proceso de Graduación durante el ciclo I/2016.	
b) Nombrar a los Maestros y Maestras: <i>José Ángel Meléndez Sánchez, Sara Areli Bernal Juárez, Omar Panameño Castro, Rafael Antonio Córdova Quevedo, Elvia Lorena Mezquita Linares, Israel Rivas, Daniel Edgardo Madrid, Benjamín Moreno Landaverde, Ofelia de los Ángeles Trejo, Fidel Salomón Peralta Velásquez, Vladimir Ernesto Flamenco Córdova, Jaime Salvador Arriola González, Roxana Maria Galdámez, Amparo Geraldine Orantes Zaldaña, Bartolo Atilio Castellanos Arias, Marcelino Díaz Menjivar y Mariela Velasco de Ávalos</i> , Docentes Asesores de los Trabajos de Grado que desarrollarán los estudiantes de la Licenciatura en Psicología en su Proceso de Graduación, durante el ciclo I/2016.	
El detalle de los Temas de Grado aprobados, de los estudiantes beneficiados y de los Docentes Asesores nombrados mediante el presente acuerdo, es el siguiente:	
DOCENTE ASESOR	PROPUESTA DE TEMA DE INVESTIGACIÓN y ESTUDIANTES
LIC. JOSÉ ÁNGEL MELÉNDEZ SÁNCHEZ	"ABORDAJE PSICOLÓGICO DEL DOLOR CRÓNICO BENIGNO" ESTUDIANTES: Evelyn Adriana Calero Romero Francisco Alejandro Palacios Viera Rebeca Alejandra Ramírez Ramírez

LICDA. SARA ARELÍ BERNAL JUÁREZ	<p>"SINDROME DE BURNOUT Y DIMENSIONES DE LA PERSONALIDAD EN EMPLEADOS DE UNA EMPRESA DEL AREA METROPOLITANA DE SAN SALVADOR EN EL PERIODO DEL AÑO 2016"</p> <p>ESTUDIANTE Jennifer Lissette Bernal Jiménez Guisselle Nohemy Martínez Denisse Alexandra Pereira Chávez</p>
LICDA. SARA ARELÍ BERNAL JUÁREZ	<p>"ESTUDIO DIAGNOSTICO SOBRE LA INFLUENCIA DE LAS REDES SOCIALES EN EL PROCESO DE SOCIALIZACIÓN DE ESTUDIANTES ENTRE 15 Y 17 AÑOS QUE CURSAN EL PRIMER AÑO DE BACHILLERATO DEL INSTITUTO NACIONAL ALBERT CAMUS EN EL AÑO 2016"</p> <p>ESTUDIANTES José Luis Alvarez Rosales Melvin Josué Amaya Mejía Angelica Elizabeth Rauda Pérez</p>
LIC. OMAR PANAMEÑO CASTRO	<p>"DIAGNÓSTICO Y DISEÑO DE UN PROGRAMA PSICOTERAPEÚTICO PARA INCIDIR EN LOS NIVELES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES DE 45 A 65 AÑOS DE UNIDADES COMUNITARIAS DE SALUD FAMILIAR DEL MUNICIPIO DE APOPA, AYUTUXTEPEQUE Y CANTÓN ZACAMIL DEL MUNICIPIO DE MEJICANOS DEL DEPARTAMENTO DE SAN SALVADOR DURANTE EL AÑO 2016"</p> <p>ESTUDIANTES: Ana Lidia Menjivar Miranda Rudy Lorena Romero Cruz</p>
LIC. RAFAEL ANTONIO CÓRDOVA QUEVEDO	<p>"IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE SENSIBILIZACIÓN SOBRE LA IDENTIDAD MASCULINA DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO Y LAS ACTITUDES QUE PRESENTAN LOS PADRES ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS ENTRE LAS EDADES DE 20 A 30 AÑOS EN EL EJERCICIO DE LA PATERNIDAD"</p> <p>ESTUDIANTES: Wendy Stephanie Fernández Hernández Karina Elizabeth Gallardo Menjivar Iris Guadalupe Martínez Hernández</p>
LIC. RAFAEL ANTONIO CÓRDOVA QUEVEDO	<p>"DISEÑO, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE UN PROGRAMA PSICOTERAPEUTICO ORIENTADO A FORTALECER LA AUTOESTIMA DE ADOLESCENTES, ENTRE LOS 13 Y 17 AÑOS DE EDAD, QUE SE ENCUENTRAN INSTITUCIONALIZADAS EN EL CENTRO INFANTIL DE PROTECCIÓN INMEDIATA (CIP), UBICADO EN SAN JACINTO, SAN SALVADOR"</p> <p>ESTUDIANTES: Susana Verónica Araujo Andrade Karla Vanessa Cerritos Córdoba Silvio Molina Quintanilla</p>
LICDÁ. ELVIA LORENA MEZQUITA LINARES	<p>"LA MIGRACIÓN DE LOS PADRES Y/O MADRES Y SU INCIDENCIA EN EL DESARROLLO AFECTIVO DE LOS Y LAS ADOLESCENTES ENTRE LOS 12 A 18 AÑOS DE EDAD, DE LOS CENTROS ESCOLARES PUBLICOS DEL DEPARTAMENTO DE SAN SALVADOR, DURANTE EL AÑO ACADÉMICO 2016"</p> <p>ESTUDIANTES: Beatriz Esperanza Martínez Ramirez Luz Esmeralda Maravilla Martínez Ingrid Marlene Mirón Beltrán</p>
LIC. ISRAEL RIVAS	<p>"DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA METOLÓGICO PARA LA EVALUACIÓN, DIAGNOSTICO E INTERVENCIÓN DEL CLIMA LABORAL INSTITUCIONAL DEL MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS, TRANSPORTE, VIVIENDA Y DESARROLLO URBANO (MOPTVDU)</p> <p>ESTUDIANTES: Deisy Nohemi Iraheta Cruz Daniel Eliseo Martínez Palma Francisco Salomé Santos</p>

LIC. ISRAEL RIVAS	<p>"PROPUESTA DE UN PROGRAMA PSICOEDUCATIVO DIRIGIDO A FACILITAR EL PROCESO DE ADAPTACION PSICOSOCIAL PARA EMPLEADOS DEL MINISTERIO DE HACIENDA QUE SE ENCUENTREN EN PERIODO DE JUBILACION"</p> <p>ESTUDIANTES: Ana Rebeca Martínez López Daniel Soriano Ayala Yenni Jenen Vásquez Mancía</p>
LIC. DANIEL EDGARDO MADRID	<p>"DIAGNOSTICO SOBRE LAS ACTITUDES DE LOS/LAS AGENTES DE LA POLICIA NACIONAL CIVIL DE LA DELEGACION SAN SALVADOR CENTRO, ANTE LA COMUNIDAD DE LESBIANAS, GAYS, BISEXUALES, TRANSGENERO, TRANSEXUAL, INTERSEXUAL (LGBTI), PROPUESTA DE PROGRAMA DE SENSIBILIZACION"</p> <p>ESTUDIANTES: Blanca Lilian Martínez Granados Fátima María Rodríguez Alvarado</p>
LIC. DANIEL EDGARDO MADRID	<p>"DIAGNOSTICO DE INDICADORES DEL DESEMPEÑO QUE INFLUYEN EN LA SATISFACCION LABORAL EN LA EMPRESA SERVICIOS INTEGRALES DE ASISTENCIA TÉCNICA, S.A. DE C.V. (SIAT)"</p> <p>ESTUDIANTES: Francisco Enrique Bautista Meléndez Karen Lucette Burgos José Cristóbal Díaz Anaya</p>
LIC. BENJAMÍN MORENO LANDAVERDE	<p>"DISEÑO DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL QUE FACILITE EL PROCESO DE EVALUACION DE DESEMPEÑO DE LOS EMPLEADOS DE LA COMISION EJECUTIVA PORTUARIA AUTÓNOMA (CEPA)"</p> <p>ESTUDIANTES: Carlos Fernando Castellanos Carlos Luis Paz Palacios Juan Alberto Portillo Araujo Eugenia Ixchel Velis Gardella</p>
LIC. BENJAMÍN MORENO LANDAVERDE	<p>"DIAGNÓSTICO DE LA FORMACIÓN PROFESIONAL DE LAS/LOS EGRESADOS O GRADUADOS DE LA CARRERA DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA, CUYO ESTUDIO SE REALIZÓ POR MEDIO DEL PLAN ACADÉMICO DE 1998 EN LA FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR"</p> <p>ESTUDIANTES: Ester Elizabeth Hernández Amaya Josué Antonio Miranda Martínez Sara Elizabeth Preza Mancía</p>
LIC. BENJAMÍN MORENO LANDAVERDE	<p>"INFLUENCIA QUE EJERCEN LOS PROCESOS DE CAPACITACION EN LA MOTIVACION Y SATISFACCION LABORAL DE LOS EMPLEADOS DEL MINISTERIO DE SALUD (MINSAL)"</p> <p>ESTUDIANTES: Susana Elizabeth Campos de Zetino Carlos Alejandro Flores Morales Claudia Margarita Martínez García</p>
LIC. BENJAMÍN MORENO LANDAVERDE	<p>"DIAGNOSTICO DE LA FORMACION PROFESIONAL DE LAS/LOS GRADUADOS DE LA CARRERA DE LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, CUYO ESTUDIO SE REALIZÓ POR MEDIO DEL PLAN ACADÉMICO DE 1998 EN LA FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR"</p> <p>ESTUDIANTES: Jessica Isabel Cedillos González Karla Yaneth Portillo Rivera Jennifer Quan Sandoval</p>
LIC. BENJAMÍN MORENO LANDAVERDE	<p>"FACTORES DEL CLIMA LABORAL QUE INFLUYEN PSICOLÓGICAMENTE EN LA COMUNICACION ORGANIZACIONAL E INTERPERSONAL DE LOS COLABORADORES DE AEROMANTENIMIENTO S.A. UBICADO EN EL AEROPUERTO INTERNACIONAL"</p>

	<p>MONSEÑOR OSCAR ARNULFO ROMERO Y GILDAMEZ. SAN LUIS TALPA. DEPARTAMENTO DE LA PAZ"</p> <p>ESTUDIANTES Miriam Carolina Mozo Valdez Karla Yaneth Portillo Rivera Jennifer Quan Sandoval</p>
<p>LICDA. OFELIA DE LOS ÁNGELES TREJO</p>	<p>"DIAGNÓSTICO DE LAS NECESIDADES PROFESIONALES QUE DEMANDA LA SOCIEDAD SALVADOREÑA A LA PSICOLOGÍA EDUCATIVA, EN EL ÁREA METROPOLITANA DE SAN SALVADOR EN EL AÑO 2016"</p> <p>ESTUDIANTES: Enyi Guadalupe Estrada Flamenco Claudia Marina Hernández Bermúdez José Adalberto Medina Contreras</p>
<p>LICDA. OFELIA DE LOS ÁNGELES TREJO</p>	<p>"DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN PSICOTERAPEUTICA DEL SÍNDROME DE BURNOUT (TRABAJADOR QUEMADO) EN MAESTROS Y MAESTRAS DEL DISTRITO ESCOLAR 0602 DEL MUNICIPIO DE SAN SALVADOR EN EL AÑO LECTIVO 2016"</p> <p>ESTUDIANTES: América Alejandrina Fernanda Castillo Hernández Mirian Edlin Flores Fuentes Blanca Heisel Mejía Barrera</p>
<p>LIC. FIDEL SALOMÓN PERALTA VELÁSQUEZ</p>	<p>"EFECTOS DE LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS EN EL ESTRÉS LABORAL DE EMPLEADOS DE LABORATORIOS PAILL DURANTE LOS MESES DE ABRIL A JULIO DE 2016"</p> <p>ESTUDIANTES: Francisco José Huevo Vásquez Kevin Alexander Maravilla Méndez Zulma Victoria Tobias Carabantes</p>
<p>LIC. FIDEL SALOMÓN PERALTA VELÁSQUEZ</p>	<p>"ELABORACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPEUTICO DEL MANEJO DEL ESTRÉS LABORAL EN LOS/LAS EMPLEADOS/AS DE LAS OFICINAS CENTRALES DEL CENTRO NACIONAL DE REGISTRO DE SAN SALVADOR A DESARROLLARSE EN EL PERIODO COMPRENDIDO DE MARZO A OCTUBRE DE 2016"</p> <p>ESTUDIANTES: Karla Idalma Cerón Romero Karla Josselyn Guerra Alfaro Caterin Andrea Vargas Vides</p>
<p>LIC. VLADIMIR ERNESTO FLAMENCO CÓRDOVA</p>	<p>"DIAGNOSTICO SOBRE LA EFICACIA DEL "MÓDULO DE AUTOESTIMA E IDENTIDAD" DEL MANUAL DE HABILIDADES PARA LA VIDA, CORRESPONDIENTE AL PROGRAMA DE EMPRENDIMIENTO SOLIDARIO, PARA INFLUIR EN LA AUTOESTIMA DE LOS BENEFICIARIOS DEL PLAN EL SALVADOR SEGURO, QUE PERTENECEN A LOS MUNICIPIOS DE SAN SALVADOR, MEJICANOS Y SOYAPANGO; LLEVADO A CABO POR EL FONDO DE INVERSIÓN SOCIAL PARA EL DESARROLLO LOCAL (FISDL) EN EL AÑO 2016".</p> <p>ESTUDIANTES: Karen Elizabeth Cortez Marroquin Martha Stefany Díaz Sánchez Brenda Jeannete García Espinoza</p>
<p>LIC. JAIME SALVADOR ARRIOLA GONZÁLEZ</p>	<p>"MECANISMOS PSICOLÓGICOS QUE MEDIAN EN LA INFLUENCIA DEL ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS EN EL RENDIMIENTO DE LOS ATLETAS CON DISCAPACIDAD QUE FORMAN PARTE DEL COMITÉ PARALÍMPICO DE EL SALVADOR".</p> <p>ESTUDIANTES: Arnold Anaya Alvarado Sandra Verónica González de Sánchez Rosa María Romagoza López</p>
<p>LIC. JAIME SALVADOR ARRIOLA GONZÁLEZ</p>	<p>"FACTORES PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN EL RENDIMIENTO DEPORTIVO DE LOS FUTBOLISTAS DE CLUB DEPORTIVO UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR EN</p>

	<p>EL TORNEO CLAUSURA EN SAN SALVADOR DE FEBRERO A JULIO DEL 2016"</p> <p>ESTUDIANTES: Karla Beatriz Hernández Berrios Joseline Jamileth Ramos Cándido Iliana Vanessa Quintanilla Jiménez</p>
LICDA. ROXANA MARÍA GALDÁMEZ	<p>"DIAGNÓSTICO DE LAS COMPETENCIAS EMOCIONALES EN NIÑOS Y NIÑAS DE PRIMER CICLO DE EDUCACIÓN BÁSICA DEL SISTEMA PÚBLICO EN EL ÁREA CENTRAL DE SAN SALVADOR Y PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE EDUCACIÓN EMOCIONAL".</p> <p>ESTUDIANTES: Esther Liliana Arias García Sandra Patricia González Portillo Josué Stanley Mauricio Rosales Gallegos</p>
LICDA. ROXANA MARÍA GALDÁMEZ	<p>"DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES DE AUTOCUIDADO EN FAMILIARES CUIDADORES/AS DE PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, QUE RECIBEN ATENCIÓN EN LA UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD FAMILIAR ESPECIALIZADA MONSEÑOR OSCAR ARNULFO ROMERO DE LA ZONA COSTA DE JIQUILISCO EN EL AÑO 2016 Y PROPUESTA DE PROGRAMA PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA SALUD MENTAL DEL Y LA CUIDADOR/A</p> <p>ESTUDIANTES: Ingrid Vanessa Guevara Jacqueline Ivette Hernández Fuentes Rosa Marisela Iraheta Marinero</p>
LICDA. AMPARO GERALDINE ORANTES ZALDAÑA	<p>"ESTUDIO SOBRE LOS SIGNIFICADOS DE LAS EXPERIENCIAS VIVIDAS POR LOS CUIDADORES DE PERSONAS CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER EN LA ASOCIACIÓN FAMILIARES DE ALZHEIMER EL SALVADOR, DEL DEPARTAMENTO DE SAN SALVADOR, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE MARZO Y NOVIEMBRE DE 2016"</p> <p>ESTUDIANTES: Franklin Arturo Cornejo Delgado German Alexander Fernández Vega Hervin Fabricio Riasco Rivas</p>
LICDA. AMPARO GERALDINE ORANTES ZALDAÑA	<p>"DISEÑO Y APLICACIÓN DE UN PROGRAMA PSICOTERAPÉUTICO DE INTELIGENCIA EMOCIONAL CON ENFOQUE DE LAS ARTES COMO TERAPIA, DIRIGIDO A ADULTOS MAYORES ENTRE 60-80 AÑOS DE LA CLÍNICA COMUNAL DEL ISSS UBICADO EN EL MUNICIPIO DE AYUTUXTEPEQUE, DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE MARZO Y OCTUBRE DE 2016"</p> <p>ESTUDIANTES: Débora Sarai García Romero William Ernesto Sánchez Chilin Noé Francisco Palacios Medrano</p>
LIC. BARTOLO ATILIO CASTELLANOS ARIAS	<p>"LA METODOLOGÍA DE LAS FORMACIONES PRESENCIALES UTILIZADA POR LA UNIDAD DE FORMACIÓN Y DESARROLLO DEL TALENTO HUMANO Y SU INCIDENCIA EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES DE LOS TRABAJADORES DEL MINISTERIO DE OBRAS PÚBLICAS (MOPTVDU)"</p> <p>ESTUDIANTES: Fátima Giselle Caminos Choto Noemí Esmeralda Martínez Villalta Erika Yanira Sánchez Sánchez</p>
LIC. BARTOLO ATILIO CASTELLANOS ARIAS	<p>"DIAGNÓSTICO Y PROPUESTA DE PERFILES PARA EL ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE PUESTOS EN EL ÁREA DE REGISTRO FAMILIAR Y TESORERÍA DE LA ALCALDÍA MUNICIPAL DE ZACATECOLUCA, LA PAZ, EN EL PERIODO DE FEBRERO-AGOSTO DEL AÑO 2016"</p> <p>ESTUDIANTES: Elva Arely Hernández Santos Elving Alexis Méndez Fuentes Irece Mirely Martínez Muñoz</p>

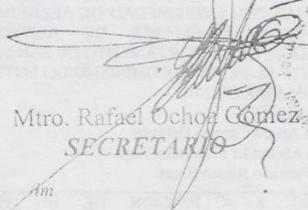
<p>LIC. MARCELINO DÍAZ MENJÍVAR</p>	<p>"DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LOS PROFESIONALES QUE EJERCEN EN EL ÁREA DE PSICOLOGÍA JURÍDICA Y FORENSE Y LAS NUEVAS EXIGENCIAS DEL MUNDO LABORAL. EN EL ÓRGANO JUDICIAL" <u>ESTUDIANTES:</u> Daisy Patricia Sandoval Ángel Karen Julissa Cruz Núñez Laura Carolina Sanabria Zepeda</p>
<p>LICDA. MARIELA VELASCO DE ÁVALOS</p>	<p>"IMPACTO PSICOLÓGICO DEL ESTRÉS EN EL ESTADO EMOCIONAL DE CUIDADORES DE NIÑOS Y NIÑAS CON INGRESO HOSPITALARIO EN EL ÁREA DE NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM EN EL AÑO 2016" <u>ESTUDIANTES:</u> Josué Miguel Ortiz Ruiz Liliana Estefany Rivas López Silvia Liseth Rivas Oliva</p>

c) Agradecer a los profesores del Departamento de Psicología su valioso apoyo académico, en beneficio de la población estudiantil demandante de atención en los Procesos de Graduación.

Lo que hago de su conocimiento para los efectos legales correspondientes.

"HACIA LA LIBERTAD POR LA CULTURA"

Mtro. Rafael Ochoa Gomez
SECRETARIO




<p>SECRETARÍA</p>	<p>LICDA. MARIELA VELASCO DE ÁVALOS</p>
<p>SECRETARÍA</p>	<p>LIC. MARCELINO DÍAZ MENJÍVAR</p>
<p>SECRETARÍA</p>	<p>LICDA. MARIELA VELASCO DE ÁVALOS</p>

Anexo #9: Carta de permiso Unidades Comunitarias de Salud Familiar



Universidad de El Salvador
Facultad de Ciencias y Humanidades
Departamento de Psicología



San Salvador, abril de 2016.

Dr. Mauricio Vásquez

Director de la Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Ayutuxtepeque
Presente.

Estimado Doctor: reciba un cordial saludo de parte del que suscribe la presente, deseándole éxitos en su gestión al frente de tan importante centro de salud.

La presente es para solicitarle el permiso para que egresadas de la carrera de Licenciatura en Psicología puedan realizar su trabajo de graduación sobre el tema: "Diagnóstico y diseño de un programa psicoterapéutico para incidir en la hipertensión arterial en pacientes de 45 a 65 años de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar del municipio de Apopa, Ayutuxtepeque y Ctón. Zacamil del municipio de Mejicanos del Depto. de San Salvador durante el año 2016". Para lo cual se solicita su apoyo en la remisión de personas que cumplan con los criterios de inclusión, con las cuales se realizaran entrevistas diagnósticas y aplicación de pruebas psicológicas.

Las egresadas que realizarán el estudio, son las siguientes:

1. Ana Lidia Menjivar Miranda
2. Rudy Lorena Romero Cruz

Su aceptación a este esfuerzo se traducirá en beneficios para el Centro de Salud, así como para los y las participantes, además de ser un espacio de experiencia que nutre la formación de los futuros psicólogos que se forman en el Departamento de Psicología.

De antemano mis agradecimientos por la atención y consideración a la presente solicitud.

Cordialmente.

Lic. Wilber Hernández
Jefe del Departamento de Psicología



Recibido
13/07/16
3:20 pm.



MINISTERIO DE SALUD
REGIÓN DE SALUD METROPOLITANA

MEMORÁNDUM

No. 2016-3000-DRSM-DPROV-434

PARA: Coordinador de SIBASI Centro.

DE: Dra. Ely Brizuela de Jiménez.
Coordinadora de provisión de servicios de salud, RSM.

A TRAVEZ DE: Dra. Nadia Patricia Rodríguez Villalta.
Directora regional de salud del área metropolitana.

FECHA: 10 de Junio del 2016

MOTIVO: Proceso de investigación.



[Handwritten signature]



Dando seguimiento a nota con fecha 26 de mayo del presente año, enviada por la jefatura de la carrera de psicología de la facultad de Ciencias y Humanidades de la Universidad de El Salvador, en la cual se solicita autorización para la incorporación de **Ana Lidia Menjivar Miranda y Rudy Lorena Romero Cruz**, estudiantes egresadas de la carrera de psicología, a las UCSF Zacamil y Ayutuxtepeque, con el objetivo de efectuar proceso de investigación sobre **"Factores psicosociales y su relación con la hipertensión arterial esencial y diseño de un programa psicoterapéutico en pacientes de 45 a 65 años"** usuarios de las UCSF en mención.

Después de haber revisado su protocolo de intervención el cual cumple con los requisitos académicos y éticos, se **AUTORIZA** a las dos estudiantes poder efectuar el proceso de investigación planteada en las UCSF identificadas. En tal sentido se solicita informar de esta disposición a las autoridades de las UCSF Zacamil y Ayutuxtepeque, así como facilitar el apoyo y colaboración que amerite dicho proceso.

Atentamente.

UNÁMONOS PARA CRECER.

CC. Directora de UCSF Zacamil
Director de UCSF Ayutuxtepeque.
NPRV/EGBI/CRM

[Handwritten signature]
Recibido -
13/07/16
3:20 pm.



MINISTERIO DE SALUD
REGIÓN DE SALUD METROPOLITANA

MEMORÁNDUM

No. 2016-3000-DRSM-DPROV-434

PARA: Coordinador de SIBASI Centro.

DE: Dra. Elsy Brihueza de Jiménez.
Coordinadora de provisión de servicios de salud, RSM.

A TRAVEZ DE: Dra. Nadia Patricia Rodríguez Villalta.
Directora regional de salud del área metropolitana.

FECHA: 10 de Junio del 2016

MOTIVO: Proceso de investigación.



Dando seguimiento a nota con fecha 26 de mayo del presente año, enviada por la jefatura de la carrera de psicología de la facultad de Ciencias y Humanidades de la Universidad de El Salvador, en la cual se solicita autorización para la incorporación de **Ana Lidia Menjivar Miranda y Rudy Lorena Romero Cruz**, estudiantes egresadas de la carrera de psicología, a las UCSF Zacamil y Ayutuxtepeque, con el objetivo de efectuar proceso de investigación sobre **"Factores psicosociales y su relación con la hipertensión arterial esencial y diseño de un programa psicoterapéutico en pacientes de 45 a 65 años"** usuarios de las UCSF en mención.

Después de haber revisado su protocolo de intervención el cual cumple con los requisitos académicos y éticos, se **AUTORIZA** a las dos estudiantes poder efectuar el proceso de investigación planteada en las UCSF identificadas. En tal sentido se solicita informar de esta disposición a las autoridades de las UCSF Zacamil y Ayutuxtepeque, así como facilitar el apoyo y colaboración que amerite dicho proceso.

Atentamente.

UNÁMONOS PARA CRECER.

CC. Directora de UCSF Zacamil
Director de UCSF Ayutuxtepeque.
NPRV/EGBI/CRM



Anexo #10: Cronograma de actividades

Actividades	Enero				Febr.				Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Sept.				Octubre				Nov.			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Presentación del tema de investigación																																												
Contactar con los UCSF de San Salvador																																												
Elaboración y presentación del perfil del proyecto																																												
Inmersión con el personal de salud de las UCSF																																												
Elaboración y presentación del anteproyecto																																												
Solicitud de permiso y autorización de la investigación por MINSAL																																												
Validación de instrumentos																																												
Selección de la población y muestra																																												
Aplicación de instrumentos																																												
Análisis e interpretación de datos																																												
Elaboración del plan de tratamiento																																												
Elaboración del informe final																																												
Presentación y defensa del informe final																																												

Anexo #11: Presupuesto

Para la realización del estudio se tiene en cuenta un presupuesto estimado de los gastos económicos que se requieran para lograr así de manera satisfactoria los objetivos de la investigación.

Producto	Total
Resmas de papel bond	\$17.00
Fotocopias	\$30.00
Plumones	\$6.00
Pliegos de papel	\$7.00
Impresiones	\$50.00
Lápices	\$3.00
Lapiceros	\$4.00
Anillados/empastados	\$30.00
Transporte	\$128.00
Subtotal	\$275.00
Gastos imprevistos	\$40.00
Total	\$315.00

Anexo #12: Memorándum Regional de Salud Metropolitana

**MINISTERIO DE SALUD
REGIÓN DE SALUD METROPOLITANA**

MEMORÁNDUM
No. 2016-3000-DRSM-DPROV-434

PARA: Coordinador de SIBASI Centro.

DE: Dra. Elsy Brizuela de Jiménez.
Coordinadora de provisión de servicios de salud, RSM.

A TRAVEZ DE: Dra. Nadia Patricia Rodríguez Villalta.
Directora regional de salud del área metropolitana.

FECHA: 10 de Junio del 2016

MOTIVO: Proceso de investigación.






Dando seguimiento a nota con fecha 26 de mayo del presente año, enviada por la jefatura de la carrera de psicología de la facultad de Ciencias y Humanidades de la Universidad de El Salvador, en la cual se solicita autorización para la incorporación de *Ana Lidia Menjivar Miranda y Rudy Lorena Romero Cruz*, estudiantes egresadas de la carrera de psicología, a las UCSF Zacamil y Ayutuxtepeque, con el objetivo de efectuar proceso de investigación sobre ***"Factores psicosociales y su relación con la hipertensión arterial esencial y diseño de un programa psicoterapéutico en pacientes de 45 a 65 años"*** usuarios de las UCSF en mención.

Después de haber revisado su protocolo de intervención el cual cumple con los requisitos académicos y éticos, se **AUTORIZA** a las dos estudiantes poder efectuar el proceso de investigación planteada en las UCSF identificadas. En tal sentido se solicita informar de esta disposición a las autoridades de las UCSF Zacamil y Ayutuxtepeque, así como facilitar el apoyo y colaboración que amerite dicho proceso.

Atentamente.

UNÁMONOS PARA CRECER.

CC. Directora de UCSF Zacamil
Director de UCSF Ayutuxtepeque.
NPRV/EGBI/JCRM



Universidad de El Salvador
Facultad de Ciencias y Humanidades
Departamento de Psicología



San Salvador, 26 de mayo de 2016.

Dra. Nadia Rodríguez
Directora Regional de Salud, Zona Metropolitana

Doctora Rodríguez: cordiales saludos del Departamento de Psicología de la Universidad de El Salvador, deseándole resultados positivos en su trabajo a favor de la salud de la población salvadoreña.

Por este medio y, en calidad de Jefe del Departamento de Psicología, estoy solicitando espacio en las Unidades de Salud que a continuación menciono, para que las egresadas de la carrera de Licenciatura en Psicología puedan realizar la investigación: "Factores psicológicos y su relación con la hipertensión arterial esencial y diseño de un programa psicoterapéutico en pacientes de 45 a 65 años de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar del municipio de Ayutuxtepeque y Cón. Zacamil del municipio de Mejicanos del Depto. de San Salvador durante el año 2016".

Nombres de las Egresadas	Unidad de Salud	HORARIOS
1. Ana Lidia Menjivar Miranda (Carne MM10074)	Unidad Comunitaria de Salud Familiar Zacamil y,	Lunes 1:00 a 4:00pm Martes 1:00 a 4:00pm
2. Rudy Lorena Romero Cruz (Carne RC10033)	Unidad Comunitaria de Salud Familiar Ayutuxtepeque	Miércoles 1:00 a 4:00pm

Para la realización de esta investigación que les permitirá optar al grado de Licenciadas en Psicología, las egresadas requerirán la ejecución de visitas de inmersión, realización de entrevistas y aplicación de pruebas psicológicas con los pacientes, dichas actividades tendrían inicio a partir del 06 Junio hasta el 06 de Julio del presente año, al final de su investigación presentarán un informe técnico de los resultados obtenidos así como una propuesta de programa psicológico para implementar con estos pacientes.

En espera de que su decisión favorable contribuya al bienestar y a la salud mental de la población. Atentamente.


Lic. Wilber Hernández
Jefe del Departamento de Psicología



CC. Dra. Lourdes Alvarenga de Rivera
Directora Unidad Comunitaria de Salud Familiar Zacamil
Dr. Mauricio Vásquez
Directora Unidad Comunitaria de Salud Familiar Ayutuxtepeque



26 MAY 2016

2205/307
Lorena Menjivar

Anexo #13

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**



Formato para validación de instrumento por psicólogos

Tema: “Factores emocionales y su relación con la hipertensión arterial esencial y diseño de un programa psicoterapéutico en pacientes de 45 a 65 años de las Unidades Comunitarias de Salud Familiar del municipio de Ayutuxtepeque y Ctón. Zacamil del municipio de Mejicanos del Depto. de San Salvador durante el año 2016”.

Objetivos de la investigación

Objetivo General

- Establecer la correlación de los factores emocionales con la hipertensión arterial esencial en pacientes de 45 a 65 años que son atendidos en las Unidades Comunitarias de Salud Familiar de los municipios de Ayutuxtepeque y Ctón. Zacamil del municipio de Mejicanos del Depto. de San Salvador durante el año 2016.

Objetivos Específicos

- Determinar el tipo de correlación existente entre el factor emocionales estrés con el nivel de hipertensión arterial esencial que presentan los pacientes.
- Determinar el tipo de correlación existente entre el factor emocionales ira con el nivel de hipertensión arterial esencial que presentan los pacientes.
- Determinar el tipo de correlación existente entre el factor emocionales ansiedad con el nivel de hipertensión arterial esencial que presentan los pacientes.
- Determinar el tipo de correlación existente entre el factor emocionales depresión con el nivel de hipertensión arterial esencial que presentan los pacientes.
- Diseñar una propuesta psicoterapéutica orientada a incidir en los niveles de hipertensión arterial que presentan las personas a través de diversas estrategias psicológicas.

Metodología

✓ Tipo de estudio

El diseño de investigación será no experimental, ya que no se manipulará la variable independiente y se llevará a cabo con participantes en su ambiente natural, es de tipo transversal pues se realizará en un periodo determinado, durante el año 2016.

La investigación de acuerdo a su alcance será de tipo correlacional, se contará con un grupo único con dos variables, ya que se tiene como finalidad relacionar las variables correspondientes a los factores emocionales y a la hipertensión arterial esencial, lo que permitirá cuantificar y analizar dicha relación. Según su enfoque el estudio será cuantitativo, debido a que este enfoque permite tener una perspectiva más amplia y profunda de la problemática, de manera que se puedan aprovechar al máximo los datos recolectados.

✓ Población y muestra

La población que participará en la investigación serán personas de clase social media baja que han sido diagnosticadas como hipertensos y que asisten a las Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) de los municipios de Ayutuxtepeque y Ctón Zacamil.

La muestra será seleccionada mediante el método no probabilístico-intencional, los criterios de inclusión serán los siguientes: personas diagnosticadas con hipertensión arterial primaria, con edades entre 45 y 65 años, que deseen participar en el estudio voluntariamente, con medicación, pero sin control de la hipertensión. Se tomará una muestra homogénea entre hombres y mujeres, el total de la muestra estará conformado por 50 participantes, 25 participantes por UCSF.

Indicaciones para la validación del instrumento: Al final de cada ítem se encuentran ubicadas tres categorías para su validación, las cuales son: aplica, no aplica y debe modificarse, lea detenidamente cada uno de los ítems y seleccione aquella opción que de acuerdo a su criterio y conocimiento cumple los propósitos de la investigación. Gracias.

Universidad de El Salvador
Facultad de Ciencias y Humanidades
Departamento de Psicología



Guía de Entrevista
Dirigida a personas con diagnóstico de Hipertensión

Objetivo: Conocer la vivencia que tienen las personas con diagnóstico de hipertensión, así como los factores que de acuerdo a su opinión inciden en la misma.

Datos generales:

Nombre: _____ Sexo: _____ Edad: _____

Profesión/oficio: _____ Nivel académico: _____

Lugar de trabajo: _____ Funciones: _____

Estado civil: _____ Número de hijos: _____

Indicación: A continuación, se le presentará una serie de interrogantes a las cuales se les solicita responda.

1. ¿Hace cuánto tiempo fue diagnosticado/a cómo hipertenso/a?

Aplica _____ **No aplica:** _____ **Debe modificarse:** _____

Observaciones: _____

2. ¿Cuál fue su reacción al recibir el diagnóstico?

Aplica _____ **No aplica:** _____ **Debe modificarse:** _____

Observaciones: _____

3. ¿Por qué cree usted que padece hipertensión?

Aplica _____ **No aplica:** _____ **Debe modificarse:** _____

Observaciones: _____

4. ¿Qué hechos importantes sucedían en su vida cuando fue diagnosticado/a como hipertenso/a?

Aplica _____ **No aplica:** _____ **Debe modificarse:** _____

Observaciones: _____

5. ¿De qué manera la hipertensión le ha afectado su vida?

Aplica _____ **No aplica:** _____ **Debe modificarse:** _____

Observaciones: _____

6. Seleccione aquellos síntomas que siente cuando se le sube la presión arterial, indicando además el orden intensidad:

Síntomas		Síntomas	
Dolor de cabeza		Hemorragia nasal	
Mareos		Palpitaciones	
Dolor en el pecho		Hormigueos	
Dificultad respiratoria		Insomnio	
Intranquilidad		Otros:	

Aplica _____ No aplica: _____ Debe modificarse: _____

Observaciones: _____

7. ¿Toma medicamento para controlar su presión arterial? ¿Cuáles?

Aplica _____ No aplica: _____ Debe modificarse: _____

Observaciones: _____

8. ¿Qué reacciones ha notado en usted cuando toma el medicamento?

Aplica _____ No aplica: _____ Debe modificarse: _____

Observaciones: _____

9. ¿Siente malestar a pesar de tomar su medicamento? ¿Qué siente?

Aplica _____ No aplica: _____ Debe modificarse: _____

Observaciones: _____

10. Mencione las preocupaciones o problemáticas personales y familiares que le afectan emocionalmente provocándole intranquilidad, ansiedad, insomnio u otro malestar porque no les encuentra solución:

Aplica _____ **No aplica:** _____ **Debe modificarse:** _____

Observaciones: _____

11. ¿Cree que las anteriores situaciones que le preocupan influyen en que se eleve su presión arterial? ¿Por qué?

Aplica _____ **No aplica:** _____ **Debe modificarse:** _____

Observaciones: _____

12. ¿De qué manera resuelve los problemas a los que se enfrenta en su rutina diaria?

Aplica _____ **No aplica:** _____ **Debe modificarse:** _____

Observaciones: _____

13. Explique si usted percibe o siente que cuando resuelve uno de esos problemas antes mencionados baja el nivel de preocupación, ansiedad o estrés y mejora su presión arterial:

Aplica _____ **No aplica:** _____ **Debe modificarse:** _____

Observaciones: _____

14. ¿Considera importante el apoyo de su grupo familiar para mejorar su estado de salud?

Aplica _____ **No aplica:** _____ **Debe modificarse:** _____

Observaciones: _____

15. ¿Ha notado cuáles son sus estados de ánimos más frecuentes?

Aplica _____ **No aplica:** _____ **Debe modificarse:** _____

Observaciones: _____

16. Si hubiera un programa para atender esas problemáticas emocionales estaría dispuesta/o a participar. ¿Qué la motivaría a participar?

Aplica _____ **No aplica:** _____ **Debe modificarse:** _____

Observaciones: _____

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
Formato para validación de instrumento por psicólogos



Nombre del profesional que valida el instrumento: _____

Cargo que posee: _____

Institución a la que pertenece: _____

N° de ítems	Esencial	Útil pero no esencial	No esencial
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
Total			

Observaciones: _____

Por tanto, se valida el presente instrumento ya que cumple con los requisitos necesarios para ser implementado.

Firma del Evaluador/a

San Salvador _____ de junio de 2016

Anexo #14
Pruebas de normalidad

Pruebas de normalidad: Variable Estrés

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
ESTRES	.082	50	.200*	.968	50	.198

Corrección de la significación de Lilliefors

Pruebas de normalidad: Variable Rasgo de ira

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
RASGO DE IRA	,170	50	,001	,860	50	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

*. Este es un límite inferior de la significación verdadera.

Pruebas de normalidad: Variable índice de expresión de ira

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
INDICE DE EXPRESION DE IRA	,175	50	,001	,876	50	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Pruebas de normalidad: Variable ansiedad

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
ANSIEDAD	.095	50	.200*	.962	50	.104

a. Corrección de la significación de Lilliefors

*. Este es un límite inferior de la significación verdadera.

Pruebas de normalidad: Variable depresión

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
DEPRESION	.136	50	.022	.887	50	.000

a. Corrección de la significación de Lilliefors

Pruebas de normalidad: Presión arterial sistólica

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
PRESION ARTERIAL SISTOLICA	.238	50	.000	.890	50	.000

a. Corrección de la significación de Lilliefors

Pruebas de normalidad: Presión arterial diastólica

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
PRESION ARTERIAL DIASTOLICA	.207	50	.000	.893	50	.000

a. Corrección de la significación de Lilliefors

