

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO**

MAESTRÍA EN CIENCIAS CON OPCIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD



**INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LA DISMINUCIÓN DEL
ESTRÉS EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA**

**TESIS COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN CIENCIAS**

PRESENTA:

LIC. LEONOR CANALES REYES

DIRECTORA DE TESIS:

MÓNICA TERESA GONZÁLEZ RAMÍREZ

MONTERREY, N. L., MÉXICO, ENERO DE 2009

Colocar la carta del comité donde se aprueba la presentación de la tesis

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

MAESTRÍA EN CIENCIAS CON OPCIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

La presente tesis titulada **“Intervención Cognitivo-Conductual para la Disminución del Estrés en Pacientes con Cardiopatía Isquémica”** presentada por Leonor Canales Reyes ha sido aprobada por el comité de tesis.

Dra. Mónica T. González Ramírez
Directora de tesis

Dr. Cirilo H. García Cadena
Revisor de tesis

Dr. José Moral de la Rubia
Revisor de tesis

Monterrey, N. L., México, Enero de 2009

DEDICATORIA

A Dios por haberme dado unos padres maravillosos, Rebeca y Santiago, de quienes aprendí a tener un objetivo, perseverar en él y hacer con pasión lo necesario para lograrlo.

A Jessica, Aidée y Andrea, mis hermanas, quienes con sus risas han llenado mi vida de optimismo y alegría.

A Santiago Emiliano (pestañita) quien llegó a nuestras vidas, mostrando gamas de colores que no conocíamos y que ahora colorean nuestras vidas.

A mis abuelos Mario, Elva, Jacinto y Yolanda, quienes brindaron los valores y cimientos a todas las generaciones hasta tocar significativamente mi vida.

A mi tía Ana, quien ha brindado amor, aliento y compañía durante mi vida, además de muchos momentos de diversión.

A mi gran familia, algunos hoy ausentes, por demostrarme su amor y confianza.

Y por último, a mis amigos, quienes estuvieron conmigo apoyándome y ayudándome para seguir adelante.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Autónoma de Nuevo León y en especial a la Facultad de Psicología, Subdirección de Estudios de Posgrado, donde logré continuar mi superación profesional para hoy, al orgullosamente terminar mis estudios de Posgrado, entregarme al servicio de la sociedad.

A la Doctora Mónica González Ramírez que además de ser la directora de mi tesis, recibí de ella siempre su respaldo, paciencia y comprensión para el desarrollo de mis proyectos, así como mi crecimiento personal.

Al Doctor René Landero, por su apoyo y constante ayuda, mostrándome siempre que la vida y las cosas se toman con alegría.

Al Dr. José Moral de la Rubia por la enseñanza que brindo en cada una de sus clases, además de su apoyo en la revisión de la investigación que presento.

Al Dr. Cirilo García Cadena, ya que fungió como revisor de la investigación que presento, y por su disponibilidad a los alumnos.

A mis maestros e instructores por compartir de manera tan brillante sus conocimientos que me permitieron concluir con satisfacción esta etapa de mi vida.

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología el apoyo económico que me brindó al otórgame la beca para la realización de mis estudios.

Y muy especialmente a mis dos grandes compañeros de Maestría; Ross quien a pesar de los momentos difíciles por los que pasamos, jamás perdió su motivación y exceso de positivismo. Mostrando que además de ser un apodo “la grande” también refleja su persona. Y mi gran Ángel quien a lo largo de este proceso me brindó su apoyo y gran amistad, mediador, empático, alegre,

servicial y cooperativo son tan solo algunas de sus grandes cualidades que agradezco haya mostrado en este largo y grandioso camino.

RESUMEN

El estudio de las enfermedades cardiovasculares, como la cardiopatía, isquémica y su relación con el estrés tiene gran importancia en la actualidad, pues para el año 2010 será la principal causa de muerte a escala mundial.

La presente investigación surge por la necesidad de integrar el tratamiento cognitivo conductual para la disminución de estrés en los casos de pacientes con cardiopatía isquémica. El estudio corresponde a un diseño pre experimental, con evaluación pre y post intervención, con 9 participantes de edades que oscilan entre los 40 y los 60 años, con cardiopatía isquémica, pertenecientes al área de cardiología de un hospital público. La intervención mediante el AIE (adiestramiento en inoculación al estrés) tiene una duración de 8 sesiones de dos horas cada una. Se utilizó la prueba de rangos de Wilcoxon para evaluar los efectos de la intervención en la reducción del estrés. Los principales resultados de la intervención demuestran que hubo una disminución estadísticamente significativa en los niveles de estrés al comparar el grupo antes y después de la intervención; asimismo, el mismo decremento se presentó en cada uno de los participantes.

Palabras clave: Psicocardiología, cardiopatía isquémica, estrés, cognitivo conductual, adiestramiento a la inoculación al estrés.

ABSTRACT

The aim of this paper was to evaluate the effectiveness of a cognitive-behavioral treatment to reduce the perceived stress level in patients with ischemic cardiopathy. This was a study with intervention without control group. Nine people with ischemic cardiopathy participated, their age were between 40 and 60 years old; all of them were patients of a public hospital in north of Mexico. Stress inoculation training was used in eight sessions' intervention; each session was about two hours. To measure stress level, Perceived Stress Scale was used, and Wilcoxon test to compare it before and after treatment. The main results confirmed a significant reduction of perceived stress after treatment; also, every participant had a decrease in the stress level.

ÍNDICE

Agradecimientos.....	v
Resumen.....	vii
CAPÍTULO I.....	13
INTRODUCCIÓN.....	13
Definición del Problema	17
Justificación de la Investigación	18
Objetivos.....	20
Hipótesis	20
Limitaciones y Delimitaciones	21
CAPÍTULO II.....	22
MARCO TEÓRICO.....	22
Características y tipología de la cardiopatía isquémica	22
Importancia de la cardiopatía isquémica.....	24
Tratamiento de la cardiopatía isquémica	24
Tratamiento médico.....	24
Angina estable	25
Angina inestable	26
Infarto agudo al miocardio	27
Tratamiento psicológico.....	28
Estrés.....	28
El estrés y la evaluación Cognitiva	30
Consideraciones Generales de la Terapia Cognitivo Conductual	36
Conceptos básicos de la Terapia Cognitivo Conductual.....	42
Técnicas de tratamiento de la Terapia Cognitivo Conductual	43
Estrés y salud	48
Estrés percibido	49

CAPÍTULO III.....	51
MÉTODO.....	51
Participantes	51
Instrumentos	52
Procedimiento	53
<i>Diseño utilizado:</i>	54
<i>Recolección de Datos:</i>	54
<i>Análisis de Datos:</i>	54
CAPÍTULO IV	55
RESULTADOS	55
Descripción de participantes.....	55
Resultados de diseño de la intervención	56
Eficacia de la intervención para la disminución del estrés	57
Cambios en nivel de estrés por sujeto	58
CAPÍTULO V	60
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
ANEXO 1	77
Escala de estrés percibido.....	77
ANEXO 2	80
Programa de Intervención completo.....	80
Sesión 1	80
Sesión 2.....	89
Sesión 3	93
Sesión 4	95
Sesión 5	102
Sesión 6	111
Sesión 7	123
Sesión 8	128

Índice de Tablas y Figuras

Tablas

Tabla 1: Comparación de estrés antes y después de la intervención	57
Tabla 2: Comparación de ítems de la escala de estrés antes y después de la intervención	59

Figuras

Figura 1. Esquema basado en la Teoría de Lazarus y Folkman (1984) y Lazarus (2000).....	31
Figura 2. Esquema de la Teoría de Lazarus (evaluación primaria) .	33
Figura 3. Esquema de la Teoría de Lazarus (evaluación secundaria)	35
Figura 4. Modelo explicativo del estrés de González y Landero (2006).	50
Figura 5 Gráfica de estrés por sujeto	58

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Las intervenciones psicológicas han sido parte del tratamiento de personas con afecciones cardiacas en las últimas décadas; Los estudios publicados dan cuenta de los beneficios obtenidos para los pacientes. Entre las evidencias de esto se encuentra el *Recurrent Coronary Prevention Project* (RCPP) (Friedman, Thorensen, Gill y colaboradores et al., 1982); que ha demostrado que intervenciones centradas en la modificación de conducta resultan eficaces en la morbilidad y mortalidad cardiaca. Los participantes de este ensayo (intervención en grupo) fueron 865 hombres y mujeres, víctimas de infarto al miocardio. Se contó con un grupo control, el cual recibió asesoramiento cardiaco y con un grupo experimental que además se les incluyó un módulo de patrón de conducta tipo A. Los resultados demostraron que la tasa de recurrencia de episodios cardiacos a los cuatro años y medio fue significativamente menores ($p < 0.005$) para los pacientes experimentales (12.9 por 100) que para los de control (21.2 por 100).

Por otro lado en el *Lifestyle Heart Trial* (LHT) (Ornish, Brown, Scherwitz y colaboradores et al., 1990; Ornish, Scherwitz, Doody, Kerten y colaboradores 1993) la muestra fue de 48 pacientes coronarios aleatoriamente asignados a un protocolo de tratamiento médico, ejercicio, dieta vegetariana estricta, y grupo de discusión además de seguir un programa de modificación del estilo de vida (manejo del estrés a través de meditación y relajación). Los resultados mostraron un descenso en el nivel de colesterol (20.5 por 100) y los episodios de angina se redujeron un 91 por 100 (la frecuencia en el grupo control fue de 165 por 100); se produjo una reducción en la estenosis coronaria, de un 40 por 100 a 37.8 por 100, en tanto que los controles la incrementaron de un 42.7 por 100 a 46.1 por 100. Este estudio demostró que es factible conseguir una regresión de la aterosclerosis coronaria mediante un programa de cambio de conducta y estilo de vida, en ausencia de tratamiento farmacológico.

En el *Ischemic Heart Disease Lyfe Stress Monitoring Program* (IHDSLIM) (Frasure-Smith y Prince, 1985, 1989) los pacientes fueron distribuidos al azar entre un grupo control (n=224) y un grupo de manejo de estrés (n=229), este último atendido por el personal de enfermería adiestrado para intervenir en caso de que el nivel de estrés del paciente fuese elevado (la intervención con base en proporcionar apoyo social inespecífico). Al año de seguimiento, la tasa de mortalidad fue la mitad de la de los pacientes del grupo control. Pero un seguimiento a largo plazo mostró una pérdida de estos efectos con el transcurso del tiempo.

En otro estudio realizado por Burell (1996), 261 pacientes de ambos sexos sometidos a bypass coronario participaron en un grupo control y un grupo de intervención conductual. El tratamiento constaba de la modificación del patrón de conducta tipo A, entrenamiento en solución de problemas, adiestramiento para hacer frente al dolor, ansiedad y estrés. El tiempo de duración fue de un año, además de contar con sesiones de seguimiento durante el segundo y tercer año. Transcurridos entre cinco y seis años y medio desde la intervención quirúrgica, el grupo experimental presentó una tasa de mortalidad inferior a la del grupo control, además de mostrar una menor incidencia de episodios cardiovasculares como los infartos, nuevas intervenciones o angioplastias.

Para Fernández-Abascal, Martín y Domínguez (2003), la intervención conductual no se limita a factores de riesgo, sino que actúa como adjunto al tratamiento, ya sea farmacológico o psicológico, mejorando la adherencia al tratamiento y a las medidas terapéuticas que conlleve; Asimismo, en lo que se refiere a la rehabilitación de un paciente que presente trastornos cardiovasculares, las técnicas conductuales han tenido como objetivo lograr el control voluntario de funciones cardiovasculares, además de instruir al paciente en habilidades de afrontamiento de estrés.

Respecto a la relación entre estrés y síntomas, se encontraron algunos artículos que abordaban las variables de estrés y síntomas psicosomáticos. Uno de ellos es el de González y Landero (2006a), enfocado en explorar la presencia o ausencia de síntomas psicosomáticos auto-reportados en estudiantes de psicología; la correlación entre los niveles de estrés y síntomas psicosomáticos entre hombres y mujeres y la comparación de los resultados entre los estudiantes de psicología de una universidad pública y una privada. Se trabajó con una muestra de 234 estudiantes de psicología, encontrando presencia de síntomas psicosomáticos con una severidad media o alta en 21.8% de los estudiantes; una correlación significativa entre el estrés y síntomas psicosomáticos; mayor nivel de ambas variables en mujeres y diferencias significativas en síntomas psicosomáticos auto-reportados al comparar la universidad privada con la pública (González y Landero, 2006a).

No sólo el tratamiento cognitivo conductual en enfermedades cardiovasculares ha demostrado su eficacia, también se puede observar en intervenciones en VIH, para lo cual Sikkema (1998) describe un modelo de intervención cognitivo-conductual (*Living Beyond Loss*) para personas seropositivas o familiares que han perdido un familiar, la pareja o un amigo por Sida. Este modelo se basa en el desarrollo del apoyo social y cohesión del grupo, identificación y expresión de emociones relacionadas con el VIH y pérdidas, desarrollo de habilidades para el afrontamiento de dificultades al vivir con la infección por VIH y duelo del mismo, para reducir el estrés psicológico. Consta de semanas y en un estudio piloto se demostró que esta intervención reduce el estrés psicológico y las reacciones de duelo.

En síntesis se estima que menos del 50 por ciento de los programas de rehabilitación incluyen intervenciones psicológicas específicas (Rutledge, Linden, Davies y The Canadian Amlodipine/Atenolol in Silent Ischemia Study [CASIS] Investigators, 1999).

La duración media de los programas de intervención, al contrario de algunos de los ejemplos expuestos anteriormente, es de treinta horas, en promedio, de entrenamiento. Ejemplos de estos planes son: el Programa de Conducta del Proyecto Montreal, de Roskies, Seraganian, Oseasohn, Hanley y Collu (1986), que consta de relajación, entrenamiento en habilidades de comunicación, reestructuración cognitiva e inoculación al estrés; la Intervención educativa para Tipo A, de Curtis (1974) que consta de relajación, juegos de rol y manejo de estrés; o la terapia Multimodal de Comportamiento, de Jenni y Wollersheim (1979), que consta de reestructuración cognitiva, desensibilización al estrés y manejo conductual.

Como se puede observar en lo descrito anteriormente, los programas de intervención basados en cognitivo-conductual muestran resultados favorables y a pesar de que se han aplicado desde hace varios años, en algunos hospitales de la localidad no se ofrecen como parte del tratamiento integral.

Definición del Problema

Con base en lo anterior y haciendo énfasis en la necesidad de integrar el tratamiento cognitivo conductual al tratamiento de los pacientes con cardiopatía isquémica, que actualmente no se ofrece en el hospital público en el que se trabajó; surge la necesidad de implementar un programa que se adecue a las condiciones del nosocomio y sus pacientes y que al mismo tiempo cumpla con los elementos de un tratamiento cognitivo-conductual que permita pronosticar su efectividad para el manejo del estrés en estos pacientes.

Partiendo desde una perspectiva transaccional del estrés (Lazarus y Folkman, 1984), en el que se define éste como una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por aquél como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar; se estableció como uno de los

objetivos del estudio evaluar la eficacia de la intervención basada en la terapia cognitivo-conductual para disminuir el estrés percibido en pacientes con cardiopatía isquémica.

Siguiendo con el concepto de estrés desde la perspectiva transaccional de Lazarus y Folkman, se buscó que, mediante la intervención de tipo cognitivo-conductual, se modificara la valoración amenazante del estresor que incrementa los niveles de estrés, los pacientes adquirieron habilidades que les permita valorar las situaciones como dentro de lo manejable y disminuir la cantidad de episodios valorados como amenazantes o desbordantes de sus recursos y por consiguiente no se eleven sus niveles de estrés. En dicha intervención se valoró la eficacia en la reducción de estrés en los pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica.

Es así, como llegamos a la interrogante que pretende contestar:

¿Es efectivo el tratamiento cognitivo conductual para disminuir el estrés percibido en pacientes con cardiopatía isquémica?

Justificación de la Investigación

Dos objetivos fundamentales para la vida de los individuos son el mantenimiento y el restablecimiento de la salud y su resolución depende de cada individuo y su subjetividad, las cuales, a su vez, son dependientes de tratamientos específicos para el manejo de la enfermedad, y no de la generalidad de las mismas.

Como se mencionó previamente, el Hospital público, no brinda atención psicológica como parte de la rehabilitación de los pacientes con cardiopatía isquémica. Además, los estudios citados demuestran que este tipo de intervenciones traen como consecuencia el control y manejo de la enfermedad,

a través de intervenciones psicológicas que contribuyen a la mejoría del paciente.

Al implementar la intervención basada en la terapia cognitivo-conductual y resolver los problemas que se presenten para completar las sesiones con la participación de los pacientes y el apoyo del Hospital, se podrá proponer al nosocomio, un plan factible para incorporar la rehabilitación psicológica como parte del tratamiento de los pacientes con cardiopatía isquémica.

La atención psicológica traerá beneficios económicos, considerando que desde 1976 la Organización Mundial de la Salud, reconoció los costos elevados del problema de las enfermedades cardiovasculares, desde el punto de vista humano y económico. (Comité de expertos de la OMS, 1993). Posteriormente, en Ginebra en 1991 se llevó a cabo la reunión del Comité de Expertos sobre Rehabilitación de las Enfermedades Cardiovasculares, con especial atención a los países en desarrollo. El doctor HuChing-Li, subdirector general de la OMS, señaló que las enfermedades cardiovasculares constituyen una causa de mortalidad y morbilidad en países desarrollados. (Comité de expertos de la OMS, 1993)

Asimismo, se requiere actualizar la rehabilitación en éstos pacientes, incluyendo el aspecto psicológico, pues en lo referente a los métodos de rehabilitación de los pacientes con enfermedades cardiovasculares, el Comité de Expertos en Rehabilitación de Pacientes con Enfermedades Cardiovasculares (1963) declaró un cambio. Antes, rehabilitar consistía en la atención de personas en recuperación de un infarto agudo al miocardio sin complicaciones, para que las pacientes logaran mejores condiciones físicas, mentales y sociales posibles, con el fin de que pudieran, con sus propios esfuerzos, reasumir y mantener un lugar dentro de la comunidad (Organización Mundial de la Salud para Europa, 1969).

Para 1993, El Comité de Expertos en Rehabilitación de Pacientes con Enfermedades Cardiovasculares declaró, que se busca mejorar la capacidad funcional, aliviar o disminuir los síntomas relacionados con la actividad, reducir la invalidez injustificada, y permitir al paciente cardiaco desempeñarse de forma útil y personalmente satisfactoria dentro de la sociedad. (Comité de expertos de la OMS, 1993).

Finalmente, La Conferencia Sanitaria Panamericana reconoció, en 2002, que en América Latina y en el Caribe, las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte prematura y de morbilidad. (OPS, 2005 septiembre 23.) Por todo ello, los trabajos realizados en este campo son de gran utilidad para la Salud Pública.

Objetivos

1. Diseñar una intervención basada en la terapia cognitivo-conductual, adaptada a las condiciones del Hospital donde se implementará el estudio y a las características particulares de sus usuarios.
2. Evaluar la eficacia de una intervención basada en la terapia cognitivo-conductual para disminuir el estrés percibido en pacientes con cardiopatía isquémica

Hipótesis

Una intervención basada en la terapia cognitivo-conductual reducirá el estrés percibido en pacientes con cardiopatía isquémica.

Limitaciones y Delimitaciones

La intervención se diseñó para adecuarse a las características del Hospital, por lo que difícilmente será replicable en contextos diferentes. Por otro lado, al ser un estudio experimental con intervención clínica, el tamaño de la muestra fue pequeño, limitando la posibilidad de generalizar los resultados. Éste trabajo puede considerarse como un estudio piloto, y dependerá de los intereses del Hospital continuar con su aplicación como parte de la rehabilitación del paciente con cardiopatía isquémica.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Para fundamentar el estudio de investigación, en este apartado se aborda las características, tipología, importancia y el tratamiento médico y psicológico de la enfermedad. En cada uno de ellos, se hace una revisión de los elementos centrales que dieron pie al diseño de la intervención, que es el primer objetivo del estudio.

Características y tipología de la cardiopatía isquémica

Sunthareswaran (1993) señaló que la cardiopatía isquémica se presenta cuando el flujo de sangre del miocardio es insuficiente para llevar a cabo sus funciones a consecuencia de una alteración del mismo. A su vez, Zipes, Libby, Bonow y Braunwald (2005) afirman que la alteración es producida principalmente por la aterosclerosis (afección en la cual se deposita material graso a lo largo de las paredes de las arterias que, al engrosarse y endurecerse, bloquea las arterias).

La cardiopatía isquémica se divide en: crónica, que se presenta en personas de edad adulta con aterosclerosis grave de varios vasos coronarios. Angina de pecho, la cual se divide en angina estable, angina inestable y angina de Prinzmetal. La estable presenta una disminución del flujo sanguíneo por estenosis en las arterias coronarias. La inestable, producida por la formación de fisuras en las placas o por la rotura de éstas, da lugar a una trombosis o

embolia. Por último, la angina de Prinzmetal es causada por un vaso espasmo que contrae las principales arterias coronarias. El infarto de miocardio se produce cuando se necrosa el corazón o una zona de músculo a causa de la reducción del riego sanguíneo. Muerte cardíaca súbita es la muerte inesperada de causa cardíaca una hora después del comienzo de los síntomas, por rotura de la placa, pero a último término, se debe a una arritmia fatal, lesión isquémica aguda o a un desequilibrio electrolítico (Sunthareswaran, 1993).

Un mecanismo protector del organismo es el dolor, que se traduce en una sensación subjetiva desagradable, expresada de forma diferente por los pacientes, sin embargo, su intensidad no se correlaciona con la gravedad (Chávez, 1993). El dolor isquémico es opresivo, el enfermo, al localizarlo, se lleva la mano abierta a la región medio esternal, reproduciendo la sensación mediante la compresión del tórax (Vargas, 1999). Braunwald (1997) menciona que se irradia hacia la región medial del brazo izquierdo, mandíbula, dorso, hacia ambos hombros e incluso hacia el brazo derecho.

Para Vargas (1999), el dolor de la angina inestable o del infarto del miocardio es independiente de la actitud del paciente, pero se incrementa con actividad física y puede ser desencadenado en la angina inestable por estrés, que será explicado detalladamente más adelante.

Si bien es cierto que el problema más común en los países desarrollados es la cardiopatía coronaria, y que la población afectada se encuentra después de los cuarenta años; actualmente se observa otra necesidad, pues los pacientes coronarios de edad avanzada presentan una situación compleja por las complicaciones que puede acarrear y por los problemas concomitantes, como la diabetes, la enfermedad cerebral y vascular periférica, la hipertensión y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Comité de expertos de la OMS, 1993).

Importancia de la cardiopatía isquémica

En la actualidad, el número de personas de edad avanzada se encuentra en constante aumento, por lo que requiere especial atención por los profesionales de la salud, para su detección, tratamiento, cuidados y rehabilitación. La Organización Panamericana de la Salud (2006) declaró “las enfermedades crónicas son la principal causa de muerte y discapacidad prematuras en la gran mayoría de los países de América Latina y el Caribe” (OPS, 2005 septiembre 23).

En el año 2005, el número de muertes en el mundo debido a enfermedades crónicas fue de 35 millones de personas, duplicando así el número de las muertes por enfermedades infecciosas (incluida la infección por el VIH y el sida, la malaria y la tuberculosis), las condiciones maternas y perinatales y las carencias nutricionales. Si bien se calcula que las defunciones por las enfermedades infecciosas, las afecciones perinatales y las carencias nutricionales disminuyan 3% en los próximos 10 años, se prevé que las muertes debidas a las enfermedades crónicas aumentan en 17% para 2015 (Organización Mundial de la Salud, 2005.)

La enfermedad coronaria sigue siendo la principal causa de muerte en comunidades industrializadas por lo que representa un problema de salud pública. Se estima que del total de muertes por enfermedad cardiovascular, más de 60 por ciento ocurren en el mundo desarrollado (Wielgosz y Nolan, 2002.)

Tratamiento de la cardiopatía isquémica

Tratamiento médico

Una vez identificado que el dolor torácico es ocasionado por una isquemia miocárdica, se debe conocer el tipo de cardiopatía, tratamiento y pronóstico del músculo cardíaco afectado.

Angina estable

Definido como aquel dolor torácico que proviene de una isquemia miocárdica, con presentaciones relacionadas con la actividad física, ejercicio o cualquier esfuerzo que desequilibre la administración y aporte del oxígeno al músculo cardíaco, a causa de el aumento de la tasa cardíaca, tensión de pared ventricular y aumento de contractibilidad (Treasure y Alexander, 1995).

Entre los signos clínicos que acompañan a este angor se encuentran, el habitus exterior y la fascies que, para Guadalajara (1997), caracterizan al enfermo durante una crisis, pues aumenta la actividad nerviosa simpática periférica, aumenta el tono vasomotor como la disminución del gasto cardíaco, además de la sudoración, taquicardia e hipertensión que acompañan a las crisis. Otro signo se da en la palpación de la región precordial Vargas (1999) indica que durante un episodio de crisis puede presentarse un doble levantamiento sistólico, producido por la discinesia (movimientos cardíacos anormales) del miocardio isquémico. Además, durante una crisis se incrementa la tensión, produciendo contracciones energéticas que dañan al músculo cardíaco.

El diagnóstico de la angina estable es de carácter clínico, ya que produce un síntoma que llevará a una isquemia miocárdica. La New York Heart Association y la Sociedad Canadiense de Cardiología utilizan un dato subjetivo en el diagnóstico de esta enfermedad, como el umbral de sensibilidad dolor para ubicar la gravedad del proceso de la isquemia. Sin embargo, existe la isquemia miocárdica asintomática (enfermedad silenciosa), por lo que se utilizan métodos diagnósticos como el registro electrocardiográfico ambulatorio o Holter, que detecta isquemia miocárdica asintomática. (Braunwald, 1997). Otros métodos diagnósticos utilizados para la detección de esta enfermedad son la prueba de esfuerzo desarrollada en la banda sin fin o la bicicleta ergométrica (Vargas, 1999). El ecocardiograma realizado durante el esfuerzo físico y con la influencia de medicamentos que incrementan la frecuencia cardíaca (Pearlman, 1996). La

ecocardiografía, para Maddhi (1996), y Beller (1996) es un método sensible y específico para la detección de esta enfermedad cuando el dolor anginoso es impreciso. Por último, la angiografía se utiliza para conocer la gravedad de las obstrucciones vasculares (Muñiz y Martínez, 1997).

Angina inestable

Para Vargas (1999) la angina inestable es aquella que se produce en reposo o con el mínimo esfuerzo, cuando no responde al tratamiento médico anti-isquémico convencional y cuando las características, como el dolor en relación con su severidad o duración, cambian. La angina inestable y el infarto agudo se consideran entidades clínicas similares por su mecanismo de producción. La conversión de una angina de pecho estable a una inestable se debe a una disminución del flujo sanguíneo. Esta alteración está relacionada según Minzuno, Satomura y Miyamoto (1992), con la ruptura de la placa aterosclerosa y a la trombosis intraarterial. La obstrucción incompleta del vaso coronario puede producir una angina episódica o de reposo, mientras que la oclusión completa una necrosis o infarto (Vargas, 1999).

El diagnóstico de la angina inestable se realiza a través de un examen físico, que incluye historia clínica. Brush, Brand, Acampara, Chalmer y Wackers (1985) así como Antman y Braunwald (1997) mencionan diversos estudios que ayudan al diagnóstico y seguimiento de la enfermedad, como el electrocardiograma, que ayuda a reconocer el sitio y la extensión de la isquemia, además se utiliza para medir el ritmo y la regularidad de los latidos, así como el tamaño y posición de las cámaras cardíacas, cualquier daño al corazón y los efectos de drogas o instrumentos utilizados para regularlo (como un marcapasos). Para poder establecer un diagnóstico diferencial entre la angina de pecho inestable y el infarto al miocardio, que como se mencionó con anterioridad son similares en su producción, se realizan estudios de las enzimas cardíacas (creatin-fosfoquinasa), que se explicarán en el infarto al miocardio. La angiografía detecta la presencia de la gravedad y la extensión del daño a través de un

procedimiento en el que se utiliza un tinte especial (material de contraste) y rayos X para observar la forma como fluye la sangre a través del corazón. La angioscopia aumenta la sensibilidad de la angiografía en la detección de trombos. Por último, la ultrasonografía endovascular permite la definición de las características de la placa aterosclerosa y de la pared vascular.

Dentro de los tratamientos quirúrgicos que se realizan a los pacientes con angina inestable se encuentran: la angioplastia (Feyter y Serruys, 1994). Otro de los tratamientos, para Russell, Moraski y Kouchoukos (1978), es el de revascularización que se realiza cuando el músculo dañado no puede suministrar suficiente sangre a una parte del corazón para satisfacer su necesidad de oxígeno.

Infarto agudo al miocardio

Para Gillum (1984) el reconocimiento y el tratamiento oportuno del infarto al miocardio disminuye las complicaciones de la fase aguda, la mortalidad y mejores perspectivas a largo plazo, tanto en esperanza como en calidad de vida. Su detección se basa en datos clínicos, como el examen físico, historia clínica, electrocardiograma y las enzimas cardiacas (Vargas, 1999). El dolor torácico prolongado es el síntoma base para el diagnóstico del infarto al miocardio, éste es similar al que se presenta en la angina de pecho pero de mayor duración. El diagnóstico se da con base en un electrocardiograma y el reporte de las enzimas, pues se presenta, según Lee, Cross, Garthwaite (1994), una elevación de las mismas, cuya repercusión es la necrosis de una parte del corazón, que aunada al cuadro clínico y los cambios electrocardiográficos, complementan el diagnóstico del infarto agudo del miocardio.

Las metas del tratamiento, para Vargas (1999), deberán ser encaminadas a que los pacientes se encuentren asintomáticos, que se logre una mejor calidad de vida, y mejorar el pronóstico clínico, no sólo evitar episodios anginosos, sino reducir los factores de riesgo que la precipitan, entre las que se encuentran el

tabaquismo, el estrés psicológico, trastornos emocionales, comidas abundantes, exposición al frío y al ejercicio físico súbito; pues la presencia de éstos, para Abrams (1990), son determinantes para la producción y progresión de esta cardiopatía.

El estrés, desde una definición transaccional (Hernández, 2005), se considera una situación que, siendo relevante para el organismo, es percibida como amenazante, peligrosa, o exigente. Si en el intercambio que se da entre el medio y las exigencias hacia el individuo generan desbalances, el sujeto no contará con los recursos y estrategias del organismo para manejar y afrontar la situación, produciéndose el fenómeno estrés

Tratamiento psicológico

Estrés

El término estrés parece provenir del vocablo *distrés*, que en inglés antiguo tenía un significado equivalente a “pena” o “aflicción”, pero con el tiempo ha perdido su primera sílaba (dis) hasta convertirse en el actual estrés (Fernández-Abascal y Palmero, 1999).

Históricamente, el primer autor en hablar sobre el concepto estrés fue Hans Selye, en 1936, refiriéndose a la suma de cambios generales o inespecíficos que suceden dentro de los organismos como respuesta a situaciones (estímulos físicos) ya sea internos o externos (Roales-Nieto, 2004; Taboada, 1998). Este concepto se ha ido modificando a lo largo de los años para mantenerse vigente, por la necesidad de ser aplicado a la psicología, específicamente en el ámbito de la salud. Para Sandín (1999), el estrés se da como una respuesta de las personas, como fenómeno externo y como una interacción del individuo con su medio. Este concepto no sólo brinda importancia al factor biológico, sino que además introduce aspectos de la interacción con el medio. Para continuar con la vigencia antes mencionada, se ve la necesidad de subdividir los terrenos que

abarca la definición de estrés, para lo cual Lazarus (2000) menciona que es inapropiado definirlo en cambio como estímulo, respuesta o reacción biológica al estrés psicológico, es apropiado hablar de estrés psicosocial o fisiológico, según sea el caso.

Para lo cual, Sandín (1999) indica que el estrés psicosocial se refiere a los sucesos vitales, lo que llamamos estresores, mientras que el estrés fisiológico se refiere al desequilibrio o a la pérdida de la homeostasis; mientras que Lazarus y Folkman (1984) indican que el estrés psicológico es aquella relación que existe entre el individuo y su entorno y a la evaluación que tiene del mismo. Esta evaluación puede ser percibida como amenazante, ya que pone en peligro su bienestar.

Para que se produzca una respuesta de estrés, para Lazarus y Folkman es necesario que exista una o más relaciones entre las condiciones internas y externas de cada individuo, explican, además, que esta respuesta puede variar en cada individuo de acuerdo a sus experiencias y características personales, por lo que pueden variar también sus estilos de afrontamiento e interpretaciones de cada evento; a este concepto de estrés se le denomina transaccional (Taboada, 1998). Uno de los puntos importantes en esta definición transaccional es la evaluación de cada individuo a una situación, por lo que no sólo existe una valoración orgánica o biológica, además se cuenta con la cognitiva, por lo que el estrés involucra características personales que dispone el individuo para hacerles frente (Lazarus, 2000).

En palabras de Brannon y Feist (1992) (para explicar esta lógica sobre el estrés), “lo que define al estrés no es el evento ambiental ni la respuesta de la persona, sino la mejor la percepción de la situación”.

La clave, funcionalmente entendida para Roales-Nieto (2004), es que el individuo logre ampliar su repertorio con la posibilidad de enfrentarse a la

situación, controlándola, con lo que no provocaría la respuesta del estrés, o que no permita que se presenten las complicaciones a las que conlleva el continuo desgaste que genera en el organismo su prolongada exposición.

La valoración cognitiva propuesta por Lazarus y Folkman en la Teoría Transaccional del estrés: un proceso en el que las personas valoran la significación de lo que está ocurriendo (situación), relacionándolo con su bienestar (Sandín, 1995).

La importancia de esta evaluación recae en la clasificación de los 3 diferentes tipos de valoración de la situación que existen, y que es generada por cada individuo.

El estrés y la evaluación Cognitiva

Existen muchas situaciones amenazantes para la mayoría de los individuos, las cuales son catalogadas como estresores, sin embargo, el grado y tipo de la respuesta de estrés, incluso ante condiciones muy estresantes, puede variar de una persona a otra (Lazarus 2000).

Las variaciones antes mencionadas suelen ser por las condiciones a las que se enfrenta un individuo, ninguna situación es similar a otra, por más parecidas que sean, ni tampoco las reacciones de las personas. El foco de estas situaciones es la valoración que los sujetos hacen ante la situación, refiriéndome a la activación de la respuesta del estrés. La valoración de las experiencias que tenemos guían nuestro bienestar personal (Lazarus, 2000).

Las personas y los grupos difieren en su sensibilidad y vulnerabilidad a ciertos tipos de acontecimientos así como en sus interpretaciones y reacción ante los mismos (Lazarus y Folkman 1986).

De acuerdo con los argumentos de Lewin (1936) y de otros, Lazarus y Folkman (1986) sostenían que lo que realmente importa es la “situación psicológica”, resultado de la interacción que había mencionado con anterioridad entre el entorno y el individuo. Es decir, el significado psicológico que elabora una persona sobre un suceso ambiental es la causa próxima de la reacción de estrés y de las emociones que produce (Lazarus 2000).

Lazarus y colaboradores (en Fernández- Abascal y Palmero, 1999) identifican tres momentos importantes en el proceso de valoración. Estos momentos funcionan interdependientemente.

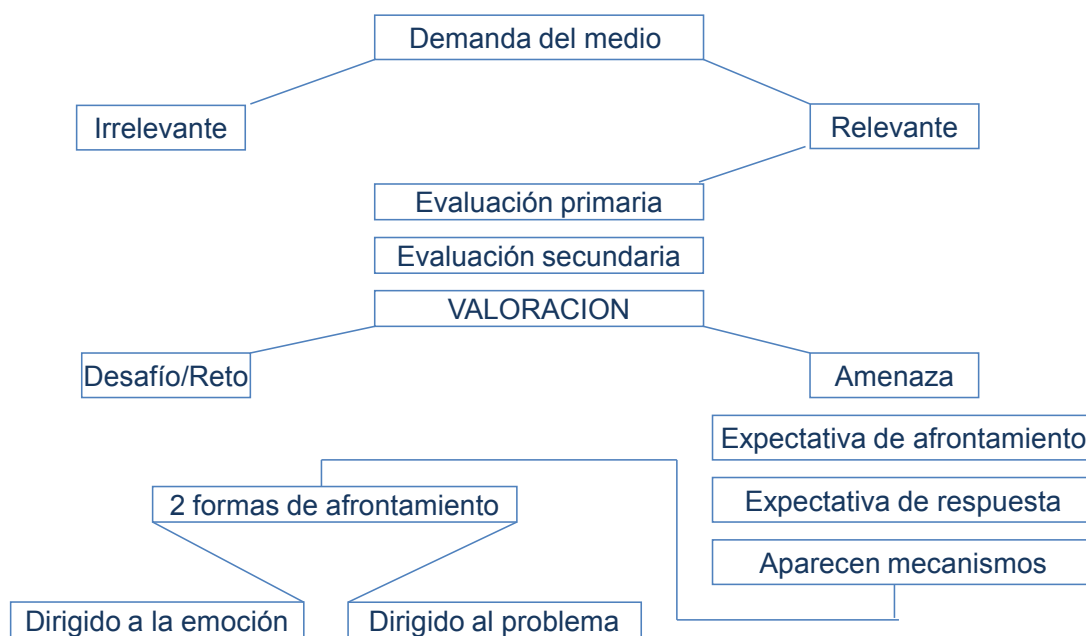


Figura 1. Esquema basado en la Teoría de Lazarus y Folkman (1984) y Lazarus (2000)

La Evaluación Primaria

En este momento se evalúa si la situación es relevante para el bienestar del individuo que lo está viviendo (Fernández-Abascal y Palmero, 1999), si lo que sucede es relevante para los propios valores, compromisos relativos a los objetivos, creencias sobre el self y el mundo (Lazarus y Folkman, 1986).

En este acto podemos distinguir tres clases de evaluación primaria (Fernández-Abascal y Palmero, 1999 y Lazarus y Folkman, 1986):

Irrelevante: El encuentro con el entorno no conlleva implicaciones para éste. La reacción emocional que se produce en este caso es neutra, por lo que el proceso se detiene.

Benigno: Se evalúa el medio y las demandas resultando como favorables para lograr mantener el bienestar personal.

Estresante: Este tipo incluye tres formas de evaluación:

1. La valoración estresante implica daño o pérdida
2. La valoración de una situación como generadora de amenaza
3. La valoración de una situación como desafío

1er. estadio

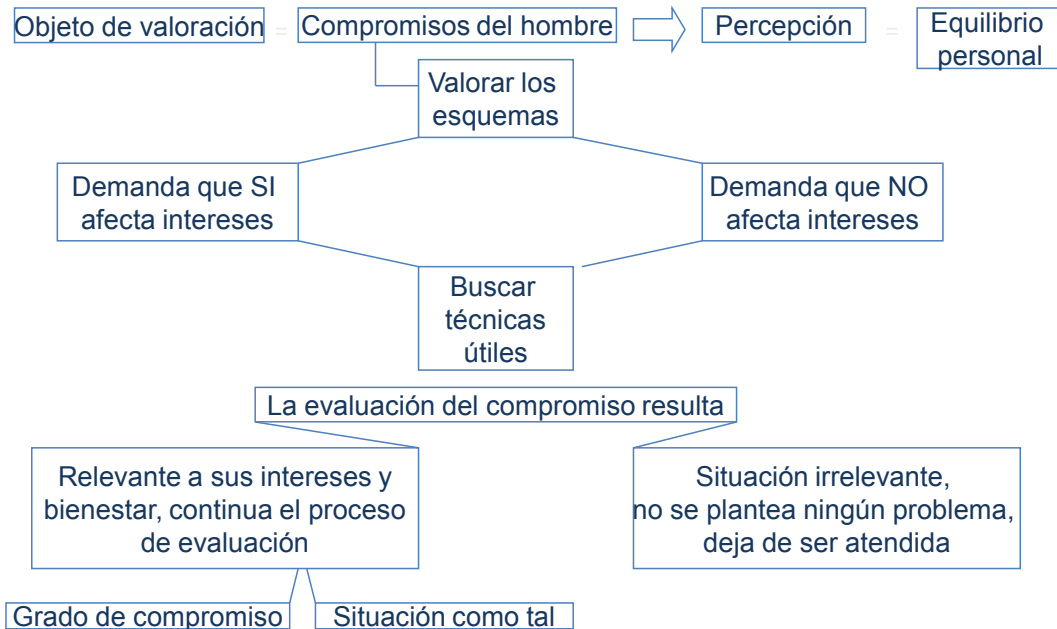


Figura 2. Esquema de la Teoría de Lazarus (evaluación primaria)

La Evaluación Secundaria

Esta evaluación es realizada por el sujeto, a través de los recursos personales, sociales, económicos, entre otros, que posee para hacer frente a la demanda del medio (Lazarus y Folkman, 1986).

Esta valoración estará condicionada por las capacidades y recursos que la persona posea; al tiempo que su resultado será influido por la valoración primaria, pues el que la persona valore que puede controlar o no una situación de estrés depende directamente de las demandas percibidas en ésta (Fernández- Abascal y Palmero, 1999). Corresponde con la apreciación del

repertorio de comportamientos o habilidades necesarias para hacer frente a la situación estresante (Fernández- Abascal y Palmero, 1999).

Este proceso de la evaluación se auto mantiene, el afrontamiento nos prepara para la acción de cada una de las situaciones y evitar los posibles daños que vendrían con el estresor. Por lo tanto, el afrontamiento se describe como un conjunto de esfuerzos tanto cognitivos como comportamentales, constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas extremas e internas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Fernández- Abascal y Palmero, 1999).

El modelo de Lazarus que hemos venido mencionando a lo largo de este trabajo, define el estrés como un sistema de procesos interdependientes, en donde se incluye la evaluación y el afrontamiento, los cuales median la frecuencia, intensidad, duración y tipo de las respuestas psicológicas y somáticas; de igual forma, este modelo enfatiza el papel activo del individuo ante los procesos de estrés. Por lo tanto, el sujeto no sólo decide qué es estresante, mediante ciertos procesos perceptivos; sino que, además, una vez que es asumida la fuente de estrés personal, puede transformarla mediante estrategias de afrontamiento (Peñacoba y Moreno, 1999).

2do. estadio

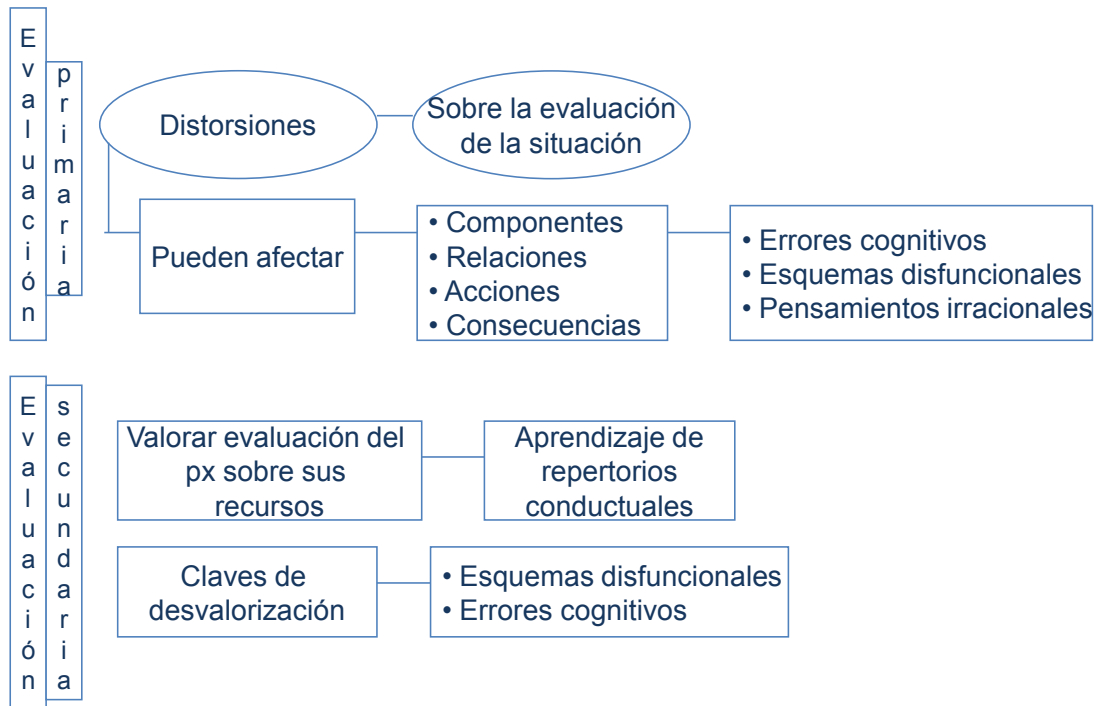


Figura 3. Esquema de la Teoría de Lazarus (evaluación secundaria)

Consideraciones Generales de la Terapia Cognitivo Conductual

Dattilio y Padesky (2000) describen a la Terapia cognitiva como la teoría, terapia y modelos conceptuales desarrollados por Aarón T. Beck y sus colaboradores. Aunque la terapia se llama cognitiva, en realidad enfatiza la interacción de cinco elementos: ambiente (que incluye la historia evolutiva y cultura), biología, afecto, conducta y cognición (Padesky & Mooney, 1990).

La terapia cognitivo–conductual (TCC) se centra en el comportamiento y el pensamiento. A diferencia de las terapias psicodinámicas, que se focalizan en los pensamientos inconscientes y ponen énfasis en la catarsis, la cognitivo-conductual se aboca a modificar comportamientos y pensamientos, antes que brindarle la oportunidad de simplemente descargar sus sentimientos.

Está orientada hacia el presente, es decir; se investiga el funcionamiento actual y no hay mayores exploraciones del pasado, pero no por eso se abandona la historia clínica y se pone énfasis en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas. Se interesa más en el “qué tengo que hacer” que en el “por qué”, ya que en muchas ocasiones el explorar expresamente y conocer cuáles son los motivos de lo que nos ocurre no alcanza a brindar una solución y no es suficiente para producir un cambio. El terapeuta cognitivo, suele comenzar la terapia con un examen del aquí y ahora, independientemente de cuál sea el diagnóstico. La atención puede centrarse en el pasado en tres circunstancias (Beck, Rush, Shaw & Emery 1979):

1. Cuando el paciente expresa una fuerte predilección por hacerlo;
2. Cuando el trabajo centrado en el presente produce pocos o ningún cambio desde lo cognitivo, conductual y emocional,
3. Cuando el terapeuta considera que es importante comprender cómo y cuándo se forjaron ciertas ideas disfuncionales que afectan al paciente en la actualidad.

Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) agregan que se utiliza en terapias breves, en los estudios de evaluación estadística de la eficacia generalmente se utilizan series de 15 a 20 sesiones de TCC. Además, enfatizan en la cuantificación y se pueden medir los progresos obtenidos desde la primera sesión, se administran cuestionarios y plantillas en los que se evalúan los síntomas específicos, su frecuencia, duración, intensidad y características. Esta medición se repite hasta la sesión final para tener una idea del cambio obtenido.

El paciente y el terapeuta se comprometen a trabajar con un objetivo común. Al comienzo de la terapia, el terapeuta es más activo respecto de las sugerencias sobre la dirección que debe tomar la terapia y en la confección de la síntesis del trabajo efectuado en cada encuentro (Beck, Rush, Shaw & Emery 1979). Conforme van avanzado las sesiones se alienta a los pacientes a aportar sugerencias y participar en el diseño de las tareas para el hogar. En ocasiones, el terapeuta puede recomendar y facilitar libros, folletos o apuntes acerca del problema para que el paciente se informe de lo que le sucede.

Ya que la terapia cognitiva es educativa, tiene por objeto enseñar al paciente a ser su propio terapeuta y pone énfasis en la prevención de las recaídas (Beck, Rush, Shaw & Emery 1979), de tal forma que, conforme avanzan las sesiones el terapeuta tiende a fomentar la independencia del paciente dado que se busca lograr un funcionamiento independiente; en la terapia se enfatiza el aprendizaje, la modificación de conducta, las tareas de auto ayuda y el entrenamiento de habilidades de intercesión.

La terapia cognitiva ayuda a los pacientes a identificar y a evaluar sus pensamientos y comportamientos disfuncionales y a actuar en consecuencia (Beck, Rush, Shaw & Emery 1979). Por tal motivo, se centra en los síntomas y su resolución con la intención de aumentar o reducir conductas específicas como ciertos sentimientos, pensamientos o interacciones disfuncionales.

Una de las particularidades de la TCC es que ésta orientada hacia objetivos y centrada en problemas determinados. Estos objetivos facilitan la evaluación o la modificación de síntomas específicos y ayudan a definir las directrices de la terapia, ya que además las sesiones son estructuradas (Beck, Rush, Shaw & Emery 1979).

La TCC se sirve de una variedad de técnicas para cambiar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta. Parte de estas técnicas incluye la asignación de tareas, cuyo objetivo es que los pacientes ensayen fuera del consultorio nuevas conductas que les permitan adaptarse mejor al ambiente.

Ya que el objetivo del terapeuta cognitivo es enseñar a los pacientes métodos para que resuelvan sus problemas actuales y la fuente de sus problemas, se centra en la clave del problema y no en los temas superficiales.

Para lograr el cambio cognitivo, el terapeuta trabaja a tres niveles (Dattilio y Padesky, 2000):

Comienza por el más accesible, que serían los pensamientos superficiales denominados Pensamientos Automáticos, que serían los contenidos de esas distorsiones cognitivas derivadas de la confluencia de la valoración de los eventos y las creencias nucleares. Estas son las características generales de los pensamientos automáticos:

1. Son mensajes específicos, a menudo parecen taquigráficos,

2. Son creídos, a pesar de ser irracionales y no basarse en evidencia suficiente,
3. Se viven como espontáneos o involuntarios, difíciles de controlar,
4. Tienden a dramatizar la experiencia en sus contenidos,
5. Suelen conllevar una visión de túnel: tienden a producir una determinada percepción y valoración de los eventos.

Posteriormente se pasa a nivel más profundo donde existen reglas condiciones y creencias cross-situacionales, llamadas Supuestos Subyacentes; estas reglas ayudan a organizar nuestra percepción y son la base de los pensamientos automáticos. Están constituidas por reglas (normas), actitudes y supuestos.

Y por último a la base misma donde hay creencias básicas llamadas Esquemas que son creencias incondicionales e inflexibles, conforman una especie de reglas abstractas que guían la conducta del individuo.

La psicoterapia cognitiva–conductual tiene como fin detectar y modificar esas reglas abstractas para hacer menos vulnerable al individuo a padecer algún trastorno emocional.

Los Esquemas son, pues, estructuras cognitivas profundas que contienen las reglas básicas para escoger, filtrar y codificar la información que proviene del entorno. Son aprendidos y pueden derivarse de experiencias infantiles, reglas familiares o actitudes de los padres o los compañeros (Obst-Camerini, 2005).

Las creencias nucleares son interpretaciones tan fundamentales y profundas que las personas frecuentemente no las expresan ni aun a sí mismas y no tienen clara conciencia de ellas. Estas creencias nucleares, desarrolladas desde la infancia, consisten en definiciones, evaluaciones o interpretaciones de sí mismos, de las otras personas y de su mundo (Obst-Camerini 2005).

Las creencias nucleares representan el nivel más profundo, fundamental, rígido y global de interpretación, que influye en los otros niveles. Los pensamientos automáticos o palabras e imágenes que están en nuestra mente son relativos a las situaciones y representan el nivel más superficial de cogniciones. Entre ambos niveles están las denominadas creencias intermedias, influidas por las nucleares (Obst-Camerini, 2005).

La emoción es el sentimiento despertado por culpa de un pensamiento automático. Si ante un hecho tengo un pensamiento automático negativo, mi emoción será acorde. La conducta sigue a la emoción y es la forma de comportarnos acorde con la emoción (Beck, Rush, Shaw & Emery 1979).

Otro aspecto con el que trabaja la terapia cognitivo-conductual son las distorsiones cognitivas, las cuales son errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas cognitivos. El objetivo del proceso terapéutico es ayudar a los clientes a analizar las distorsiones cognitivas y a colaborar para desarrollar formas más equilibradas de valorar sus experiencias (Obst-Camerini 2005).

Beck (citado por Dattilio y Padesky, 2000), sugirió que distintos pensamientos falaces (distorsiones cognitivas) contribuyen a preservar los trastornos psicológicos. Y nombra algunos de ellos:

Inferencia arbitraria; la cual se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión, en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria.

Personalización Selectiva: consiste en el hábito de relacionar, sin base suficiente, los hechos del entorno con uno mismo.

Pensamiento dicotómico: es decir, operar en función de todo o nada (blanco o negro) sin opciones intermedias.

Etiquetado: consiste en poner un nombre general a nosotros mismos o a los demás casi siempre designándolos con el verbo “ser”. Cuando se etiqueta se globaliza de manera general, todos los aspectos de una persona o acontecimiento bajo el prisma del ser, reduciéndolo a un solo elemento.

Visión de túnel: consiste en seleccionar en forma de túnel un solo aspecto de una situación, aspecto que tiñe toda la interpretación de la situación y no toma en cuenta otros que la contradicen.

Explicaciones Sesgadas

Lectura de mente: se refiere a la tendencia a interpretar sin base alguna los sentimientos e intenciones de los demás.

Hay todo un listado de técnicas terapéuticas para identificar tales errores de razonamiento y cotejarlos con la realidad (Dattilio y Padesky 2000). Aprender estos métodos ayuda a corregir creencias disfuncionales (esquemas) y las distorsiones que originaron tales cogniciones. En suma, el individuo aprende a corregir su pensamiento defectuoso que creía infalible. Esto se logra identificando las predicciones basadas en creencias disfuncionales y evaluándolas mediante alternativas. Para que el individuo adopte estas respuestas alternativas como parte de su estilo general de pensamiento, creando así una nueva manera de ver los hechos de la vida, la terapia se centra en el apoyo mutuo (Beck, Rush, Shaw & Emery 1979).

Conceptos básicos de la Terapia Cognitivo Conductual

La terapia está basada en el modelo cognitivo, que postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. No es una situación en y por sí misma la que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma como ella interpreta la situación. Por lo tanto, la forma como se sienten las personas está asociada a la forma como interpretan y piensan sobre una situación. La situación por sí misma no determina directamente cómo se sienten; su respuesta emocional está mediada por su percepción de la situación (Padesky & Mooney, 1990).

La psicoterapia cognitiva destaca que lo que las personas piensan y perciben sobre sí mismas, su mundo y el futuro es relevante e importante y tiene efecto directo en cómo se sienten y actúan (Beck, Rush, Shaw & Emery 1979)

En suma, las terapias cognitivas se basan en los siguientes supuestos (Obst – Camerini, 2005):

1. Las personas no son simples receptores de los estímulos ambientales, sino que construyen activamente su “realidad”.
2. La cognición es mediadora entre los estímulos y las respuestas (cognitivas, emotivas o conductuales).
3. Las personas pueden acceder a sus contenidos cognitivos.
4. La modificación del procesamiento cognitivo de la información (sistemas de atribución, creencias, esquemas, etc.) es central en el proceso de cambio.

Técnicas de tratamiento de la Terapia Cognitivo Conductual

Se considera que la mayoría de los pacientes requieren en su programa terapéutico una combinación de técnicas conductuales y cognitivas. En las primeras sesiones de la terapia, se emplean técnicas conductuales, con el objetivo de reestablecer el nivel de funcionamiento que tenía el paciente antes del padecimiento. A medida que los síntomas se eliminan, se van utilizando las técnicas cognitivas que requieren un razonamiento abstracto y que van a servir como puntos de entrada en la organización cognitiva del paciente, intentando acceder a las distorsiones cognitivas base de sus pensamientos negativos automáticos (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2001).

En el ámbito de la terapia cognitiva, la modificación de la conducta es un medio para llegar a la modificación cognitiva, y es importante en cuanto proporciona al paciente la oportunidad de evaluar empíricamente sus ideas de inadecuación e incompetencia. Los métodos conductuales se consideran como experimentos dirigidos a probar la validez de las hipótesis o ideas del paciente. Su objetivo es lograr un cambio en las cogniciones negativas que produzca una modificación en la conducta inadecuada. Algunas de las técnicas más utilizadas por la terapia cognitiva son las siguientes (Labrador, Cruzado y Muñoz, 2001):

Programación de actividades / asignación de tareas graduales

El objetivo de esta técnica es contrarrestar la escasa motivación del paciente, al mismo tiempo que al realizarlas puede darse cuenta de que es eficaz y capaz de controlar su tiempo. Terapeuta y paciente se encargarán de programarlas de acuerdo con la capacidad del paciente. La realización de estas tareas darán al terapeuta armas para refutar las ideas de incapacidad e ineficacia del paciente. Conforme va realizando tareas, éstas van adquiriendo dificultad gradual, retroalimentándoles al paciente sus continuos éxitos.

Práctica Cognitiva

Ésta consiste en pedirle al paciente que imagine y describa con todo detalle, cada uno de los pasos que componen la ejecución de una tarea. Esta técnica tiene como objetivo contrarrestar la tendencia a la divulgación y falta de concentración de los pacientes depresivos, obligándoles a prestar atención a los detalles esenciales de las actividades que llevarán a cabo y a identificar y resolver los posibles obstáculos (cognitivos, conductuales o ambientales) que pudieran impedir su realización.

Entrenamiento Asertivo

Se centra en el entrenamiento de habilidades sociales específicas utilizando técnicas como la imitación, el ensayo de conductas, el role-playing (dramatización), etc. Tiene como objetivo enseñar las conductas adecuadas, proporcionar al paciente puntos de vista alternativos para aclarar los factores que interfieren con la expresión adecuada de las emociones, y cambiar sus pensamientos negativos.

Además de las técnicas conductuales, se incluyen también las técnicas cognitivas, las cuales son un conjunto de pasos y procedimientos específicos diseñados para identificar y modificar el contenido de los pensamientos del paciente y el modo de comprender e interpretar sus experiencias. Éstas están basadas en las dos premisas básicas de la terapia cognitiva: los pacientes depresivos piensan de un modo idiosincrático (esto es, presentan un sesgo sistemático en el modo de verse a sí mismos, el mundo y el futuro) y su manera de interpretar los acontecimientos contribuye al mantenimiento de la depresión.

Durante el curso de la terapia, el terapeuta pondrá de manifiesto las ideas del paciente acerca de la naturaleza de su problemas, a través de preguntas que le

ayuden a identificar y reconocer sus cogniciones y creencias, reflexionar sobre ellas y corregirlas (Labrador, Cruzado, Muñoz, 2001).

Entrenamiento en observación y registro de cogniciones

Después de que el terapeuta ha informado al paciente acerca de los fundamentos teóricos y metodológicos de la terapia, se centrará en entrenarle en la observación y registro de sus cogniciones. Esta área debe realizarse mediante los siguientes pasos:

1. Definir qué se entiende por cognición
2. Mostrar, mediante ejemplos, la relación entre cognición, afecto y conducta;
3. Mostrar la existencia de cogniciones en el paciente basándose en las experiencias recientes que él ha suministrado;
4. Asignar como tarea para casa el registro de cogniciones;
5. Revisar los registros del paciente y proporcionarle retroalimentación.

Detección

Consiste en buscar las creencias irracionales que llevan a las emociones y conductas perturbadoras. Para ello, se deben utilizar auto registros que llevan un listado de creencias irracionales, permitiendo su identificación.

Refutación

Consiste en una serie de preguntas que el terapeuta emplea para contrastar las creencias irracionales y que posteriormente puede usar el paciente.

Reestructuración Cognitiva

Es un método terapéutico de intervención usado en la terapia cognitiva con la finalidad de procurar al paciente recursos suficientes para hacer su vida más fácil frente a los problemas o conflictos que surgen día a día. En la reestructuración cognitiva, el terapeuta utiliza métodos para flexibilizar esos pensamientos negativos, haciendo que el paciente deserte del tipo de cogniciones o lenguaje empleados para así, tras la percepción poder introducir otros además de los negativos (Labrador, Cruzado y Muñoz, 1999).

Técnicas de retribución y conceptualización alternativa

Están dirigidas a incrementar la objetividad del paciente. Se consideran procedimientos básicos para ayudarlo a modificar sus interpretaciones negativas estereotipadas, ya que no se puede esperar que el ser consciente de los sesgos cognitivos que se aplican sea el único requisito para el cambio.

La técnica de retribución se emplea en aquellos casos en los que el paciente de forma poco realista, se atribuye la responsabilidad de acontecimientos negativos o tiene tendencia a culpabilizarse de cualquier circunstancia adversa. Se pretende que el paciente vaya corrigiendo, mediante el análisis objetivo de la situación, su tendencia a la autocrítica negativa.

La técnica de conceptualización alternativa se refiere a la búsqueda activa de interpretaciones o soluciones alternativas a los problemas del paciente. El

objetivo es contrarrestar la tendencia de los pacientes a considerar los problemas como irresolubles, ya que creen que han explorado todas las opciones posibles.

Método de adquisición de destrezas

Se incluyen técnicas como relajación, manejo del estrés, manejo del enojo, destreza para la resolución de problemas, estrategias para a asertividad y capacitación para la comunicación didáctica y familiar.

Estrés y salud

La salud es definida por la OMS como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad. La salud mental es un elemento integral de la salud, que permite utilizar las capacidades cognitivas, afectivas y relacionales (OMS, 2002). La salud mental, para Sánchez, Garrido y Álvaro (2003), puede explicarse como la presencia de atributos positivos que permiten al individuo llevar a cabo actividades cotidianas además de relacionarse con el entorno. Un equilibrio mental nos permite afrontar situaciones cotidianas, trabajar de forma productiva, y contribuir positivamente a la comunidad (OMS, 2002).

Uno de los temas más estudiados en décadas anteriores es la relación entre estrés y la salud. Sandín (2003) menciona diversos estudios sobre la incapacidad de los individuos para controlar los estresores sociales y psicológicos que pueden llevar al desarrollo de alteraciones cardiovasculares, hipertensión, úlcera péptica, dolores musculares, asma, jaquecas, pérdida de calidad de vida, depresión y otros problemas de salud, así como aquellas conductas de enfermedad.

Actualmente, el estrés se reconoce como un factor importante de riesgo para la salud física y mental, que puede afectar la salud a través de diversas formas como 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 (Sandín, 1999).

Para Reynoso, Álvarez, Tron y Torre (2002), la hiperfunción de los distintos sistemas corporales ante demandas percibidas como amenazas, si se sostienen crónicamente, aumentan, la probabilidad de que ocurra algún trastorno físico.

Incidencia de los hábitos de conducta en la prevención de la enfermedad cardiovascular, de Capri-Ballester, Zurriaga-Llorens, González-Navarro, Marzo-Campos y Buunk (2007), fue un estudio descriptivo con el objetivo de comprobar la influencia de los hábitos de conducta en la prevención de la enfermedad cardiovascular. La muestra fue de 152 participantes, utilizando la teoría de la acción planteada; los resultados obtenidos muestran que los hábitos de conducta tienen efectos significativos sobre la ejecución de la conducta actual, directa o indirectamente, a través de las variables que presenta esta teoría.

Una de las complicaciones que actualmente se presentan es el riesgo de padecer varias enfermedades, como el riesgo de mortalidad de los pacientes diabéticos es el mismo que el de los pacientes no diabéticos que han sufrido un infarto del miocardio (alrededor del 20%), y este riesgo se triplica entre aquellos diabéticos que sufren un infarto (Bosch, Alfonso & Bermejo, 2002).

Estrés percibido

Cohen, Kamarak y Mermelstein (1983) mencionan que los planteamientos de Lazarus sobre el estrés percibido no fueron acompañados por medidas validadas, por lo que proponen y crean una Escala de Estrés Percibido como una medida del grado en que las situaciones de la vida son valoradas como estresantes. Por lo tanto, esta medida de estrés percibido refleja la definición de estrés psicológico planteada por Lazarus y Folkman (1984).

Así, en el presente estudio se retoma el estrés percibido como variable central del trabajo que realizado con las personas que padecen una afección cardíaca. La medida de estrés percibido refleja la valoración de estrés que realiza la persona, congruente con la definición de Lazarus y Folkman (1984).

El modelo de González y Landero (2006) propone que ante los estresores (diarios, recientes, crónicos o la combinación de éstos), la persona puede o no percibir estrés, dependiendo de la valoración que hace de sus recursos (ejemplo: autoestima y autoeficacia), del apoyo con que cuenta (ejemplo: apoyo social) y de la situación (como amenazante, de desafío o de daño/pérdida); además, se considera que las variables sociodemográficas (ejemplo: sexo femenino) pudieran estar asociadas a la percepción de estrés y los síntomas psicossomáticos. Una vez que el sujeto percibe respuestas a nivel emocional (ejemplo: depresión y ansiedad), conductual (enfrentamiento) y fisiológico (síntomas psicossomáticos). Por último, se plantean relaciones directas entre algunas variables que han sido comprobadas por estudios empíricos (autoestima y estrés; apoyo social y estrés; depresión y síntomas; ansiedad y síntomas; además de estrés y síntomas), como se puede observar en el siguiente gráfico:

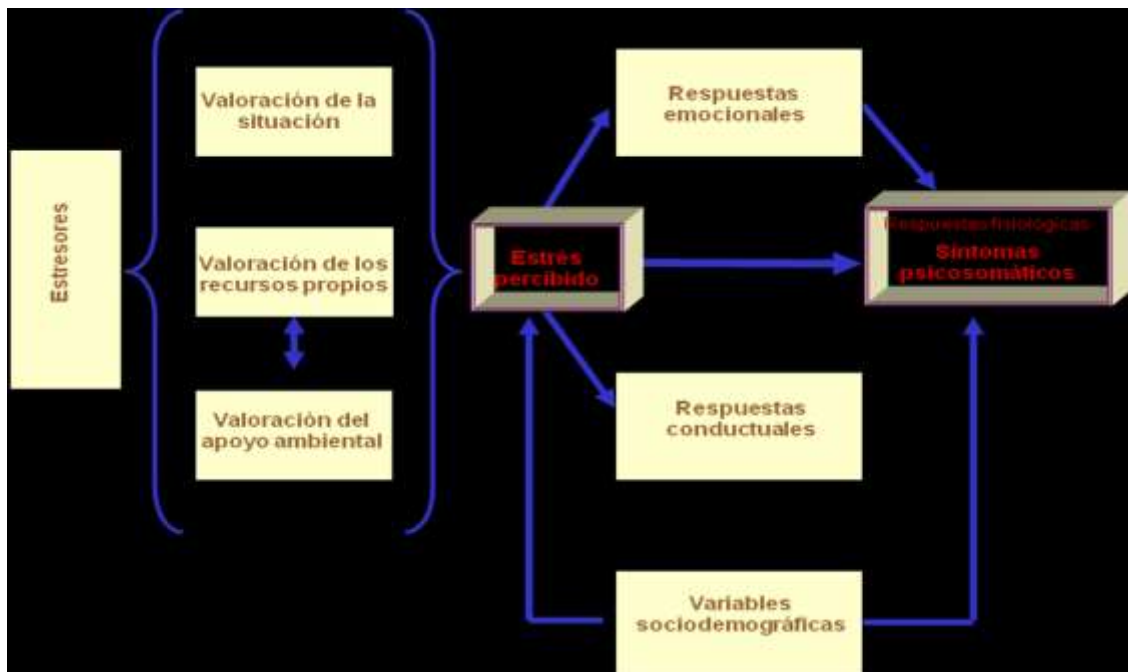


Figura 4. Modelo explicativo del estrés de González y Landero (2006).

CAPÍTULO III

MÉTODO

El presente trabajo pretende demostrar la eficacia de una intervención cognitivo conductual para la disminución del estrés percibido en pacientes que padecen cardiopatía isquémica, específicamente aquellos con cardiopatía isquémica e infarto al miocardio.

El estudio realizado corresponde a un diseño experimental, con evaluación pre y post intervención.

Participantes

Se trabajó con un grupo experimental de 9 personas con cardiopatía isquémica; pertenecientes al área de cardiología de un hospital público.

Para decidir el tamaño del grupo experimental se tomó en cuenta que Sank y Shaffer (1993), al desarrollar un manual para la terapia cognitivo-conductual en grupos, recomiendan que el grupo se componga de 8 a 12 personas para un buen funcionamiento.

Se incluyeron en el estudio sujetos que presentaron en su diagnóstico médico la enfermedad de cardiopatía isquémica, y que aceptaron participar en el estudio, comprometiéndose a asistir a todas las sesiones. Se excluyeron los pacientes

próximos a una cirugía, y aquellos que no completen la intervención o los instrumentos de evaluación, fueron eliminados.

Instrumentos

Estrés percibido: se utilizó la Escala de Estrés Percibido de Cohen - PSS - (Cohen, Kamarak y Mermelstein, 1983). El PSS consta de 14 reactivos con puntuación de nunca –0– a muy a menudo –4–. Invertiéndose la puntuación en los 7 ítems negativos. La mayor puntuación corresponde a mayor estrés percibido. De la versión original del PSS en inglés, existe un estudio realizado por Cohen y Williamson (1988) en una muestra de 960 hombres y 1,427 mujeres de Estados Unidos, con una edad promedio de 42.8 años (D.T. 17.2), utilizaron el Análisis Factorial Exploratorio, con análisis de componentes principales y rotación varimax, encontrando 2 factores que explicaban, en conjunto, el 41.6% de la varianza. El alfa obtenido en dicho estudio fue de .75. El PSS, mostró una buena consistencia interna ($\alpha=.67$) en el estudio de Remor y Carrobles (2001), sin embargo, al ser utilizado en población mexicana el ítem 12 ha mostrado mala ejecución (González y Landero 2006), por lo que González y Landero (2007) propusieron una modificación en la redacción del ítem 12 y una adaptación de la escala para México, con la cual se confirma la estructura factorial reportada por Cohen y Williamson, con estadísticos de bondad de ajuste adecuados (González y Landero, 2007); esta versión modificada del PSS que cuenta con una consistencia interna evaluada con el coeficiente alfa de Cronbach de .83 (González, 2006) fue utilizada en el presente estudio.

Procedimiento

Se invitó a los sujetos a ser participantes de una intervención cognitivo-conductual para la disminución de estrés, con un solo grupo. La intervención fue diseñada tomando en cuenta aspectos del servicio de atención al paciente con cardiopatía isquémica del hospital en que se trabajó, el número de sesiones de la intervención fue de 8, durante 5 semanas, la duración de cada sesión fue de aproximadamente 2 horas cada una. En dichas sesiones se trabajó con diferentes técnicas y temáticas como el estrés, su concepto, implicaciones medicas como las enfermedades, personalidades susceptibles y resistentes al mismo, la reestructuración cognitiva, inoculación al estrés, relajación, la comunicación, el estilo pasivo - agresivo y el asertivo, unidades subjetivas de ansiedad, autoestima y creatividad, enfocado al manejo del estrés.

La intervención constó de 3 fases:

Primera fase: conceptualización o educativa. Se comentó el efecto del estrés en el cuerpo humano, se explicó la concepción transaccional del estrés y se establecieron las reglas del trabajo en grupo (confidencialidad, puntualidad, entre otros).

Segunda fase: adquisición de habilidades a través de técnicas anteriormente escritas.

Tercera fase: aplicación y consolidación del aprendizaje, fomentando la aplicación de las habilidades aprendidas a situaciones reales.

El grupo fue evaluado al inicio de la intervención y al término de la misma.

Los sujetos que se integraron en el estudio fueron invitados a participar de forma voluntaria, para lo cual se les pidió que firmaran un consentimiento

informado. Se enfatizó la confidencialidad absoluta de los datos derivados de su situación clínica, omitiendo su nombre en el caso de que los resultados sean presentados en algún foro o publicación.

Diseño utilizado:

Diseño pre-experimental, con evaluación pre – post

Recolección de Datos:

Se aplicó la Escala de Estrés Percibido de Cohen -PSS- (Cohen, Kamarak y Mermelstein, 1983). Utilizando la adaptación de González y Landero (2007) al inicio de la sesión 1, repitiendo la operación en la sesión número 8.

Análisis de Datos:

Considerando el tamaño de muestra, se utilizaron pruebas no paramétricas. Se utilizó la prueba de rangos de Wilcoxon para comparar los datos antes y después de la intervención.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Descripción de participantes

Los resultados que se presentan corresponden a 9 sujetos con cardiopatía isquémica (enfermedad incluyente), 3 hombres y 6 mujeres, todos casados, con edad y escolaridad promedio en el sistema educativo formal de 56.22 y 6.11 respectivamente. Sólo dos personas tenían estudios superiores a primaria y ninguno de ellos tenía estudios profesionales. Respecto a las enfermedades médicas diagnosticadas, 5 sujetos presentan sólo enfermedad cardíaca; 1, problemas cardíacos y gastritis; 2, problemas cardíacos e hipertensión, y 1 presenta además, de problemas cardíacos, diabetes e hipertensión. La práctica de ejercicio es de 6 de 9 sujetos con una media de 1.56 horas dedicadas a esta actividad a la semana. Respecto a la actividad laboral remunerada sólo 4 trabajan.

A continuación se describen los resultados correspondientes a cada uno de los objetivos del estudio.

Resultados de diseño de la intervención

La intervención diseñada fue adaptada a las condiciones del hospital (aulas, horarios, material, aparatos electrónicos, etc.) así como a los sujetos participantes (horarios, días, material, asistencia, etc.), estas adaptaciones trajeron la adherencia total al programa, así como la satisfacción de los participantes.

Además de los notorios cambios y la disminución del estrés (a través de las escalas) de los sujetos, sus comentarios corroboran la satisfacción al haber participado en la intervención: “Uno de los aprendizajes del curso fue la relajación, la cual debe ser una practica diaria cuando me siento ansioso o estresado”; “debemos de aprender a controlar esta ansiedad, a manejar mis corajes”; “ noté cambios desde el primer día al poder hacer ejercicios en mi casa”; “me sentía angustiado” “no podía conciliar el sueño”; “me sentía en un pozo en el que estaba yo metido”; “no encontraba yo solución al problema”; “me sentía angustiado, desesperado”; “el hecho de que no pudiera hacer una vida como la demás gente”; “encontré la respuesta al problema por el que estábamos pasando”; “he sentido un cambio en mi persona, en el modo de reaccionar, que pues he dominado esa ansiedad por medio de los ejercicios que he estado llevando a cabo”; “me siento contento y agradecido”; “nos proporcionó una enseñanza muy valiosa”; “no soportaba mi cabeza ni mi quijada, además de tener insomnio”; “con las técnicas aprendidas he logrado mejorarme y estar más tranquila”.

Eficacia de la intervención para la disminución del estrés

El objetivo principal de este trabajo fue diseñar una intervención basada en la terapia cognitivo-conductual, adaptada a las condiciones del hospital donde se instrumentó el estudio y a las características particulares de sus usuarios, además de evaluar la eficacia de la misma, se puede observar el logro de éste, ya que el puntaje máximo de la escala es de 56, y respecto al máximo posible, los sujetos estaban antes de la intervención en casi un 50% de esta totalidad, (en donde el 56 representa un 100%), esto es reflejado tanto en la media como en la mediana, al ser la media más alta que la mediana, se puede observar que hay sujetos con puntajes más altos que hacen que el promedio de estrés sea mayor, la desviación estándar indica que hay variabilidad en los puntajes. Después de la intervención, se observa una disminución considerable, siendo la media menor que la mediana y la desviación estándar menor que al inicio, es decir, los puntajes son más bajos con una variabilidad menor.

La variable de interés para la intervención fue el estrés, cuya media antes de la intervención fue de 27.9 (DE = 8.9) y después de la intervención, de 15.2 (DE =4.2), encontrándose una diferencia significativa ($p = 0.008$) con la prueba de rangos de Wilcoxon (Tabla 1).

Tabla 1: Comparación de estrés antes y después de la intervención

Síntomas	Antes	Después
Mediana	25.00	16.00
Media	27.88	15.22
Desviación estándar	8.92	4.14
Prueba de rangos de Wilcoxon	Z = -2.666; p = .008	

Cambios en nivel de estrés por sujeto

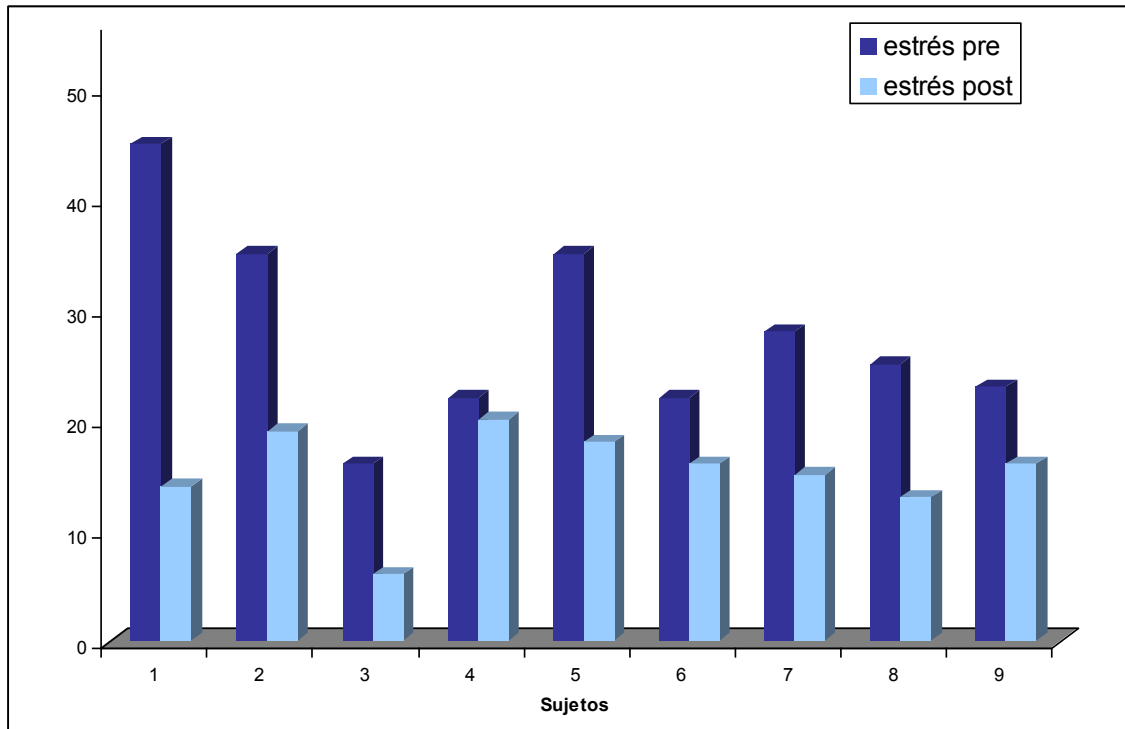


Figura 5 Gráfica de estrés por sujeto

El sujeto 1 fue el que más disminuyó su estrés en comparación con el estrés percibido en el inicio y al final con los otros sujetos estudiados; el sujeto número 3. fue el de más baja percepción de estrés al inicio, pero fue, además, el más bajo al final de la intervención. Además, se observó que todos los sujetos disminuyeron su estrés.

Al realizar la comparación antes y después del curso, de las variables de interés, se registró un decremento significativo del estrés ($Z = -2.666$; $p = .008$).

Este resultado comprueba la eficacia de la intervención para la disminución del estrés.

Al comparar cada ítem de la escala de estrés, se observa una disminución en las media en todos los caso, excepto en el ítem 10, que no presenta cambios. En la tabla 2 se señalan los cambios significativos

Tabla 2: Comparación de ítems de la escala de estrés antes y después de la intervención

	Media		Desviación estándar		Rangos medios		Wilcoxon	
	Pre	post	pre	post	+	-	Z	p
E1. ¿Con qué frecuencia has estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	2.4	1.9	1.2	1.1	3.00	4.40	-1.406	.160
E2. ¿Con qué frecuencia te has sentido incapaz de controlar las cosas importantes de tu vida?	2.2	0.9	1.3	0.8	.00	3.50	-2.226	.026
E3. ¿Con qué frecuencia te has sentido nervioso o estresado (lleno de tensión)?	3.2	1.7	0.8	0.5	.00	4.50	-2.565	.010
E4. ¿Con qué frecuencia has manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	1.3	0.4	0.9	0.7	.00	3.50	-2.271	.023
E5. ¿Con qué frecuencia has sentido que has afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en tu vida?	1.0	0.2	0.7	0.4	.00	3.50	-2.333	.020
E6. ¿Con qué frecuencia has estado seguro sobre tu capacidad de manejar tus problemas personales?	2.1	1.0	1.5	0.5	2.00	4.33	-2.058	.040
E7. ¿Con qué frecuencia has sentido que las cosas te van bien?	1.7	0.8	1.1	0.7	3.00	4.17	-1.930	.054
E8. ¿Con qué frecuencia has sentido que no podías afrontar todas las cosas que tenías que hacer?	2.2	1.4	1.6	1.2	4.67	5.17	-1.021	.307
E9. ¿Con qué frecuencia has podido controlar las dificultades de tu vida?	1.4	0.8	0.9	0.7	.00	2.00	-1.604	.109
E10. ¿Con qué frecuencia has sentido que tienes el control de todo?	1.7	1.7	1.4	0.9	4.33	3.75	-.175	.861
E11. ¿Con qué frecuencia has estado enfadado porque las cosas que te han ocurrido estaban fuera de tu control?	2.2	1.0	1.1	0.5	2.50	4.79	-2.209	.027
E12. ¿Con qué frecuencia has pensado sobre las cosas que no has terminado (pendientes de hacer)?	2.9	1.3	0.9	0.9	.00	4.00	-2.392	.017
E13. ¿Con qué frecuencia has podido controlar la forma de pasar el tiempo (organizar)?	1.3	0.9	0.9	0.9	2.50	3.13	-1.414	.157
E 14. ¿Con qué frecuencia has sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puedes superarlas?	2.1	1.2	1.2	1.2	.00	3.00	-2.060	.039

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El presente capítulo tiene como propósito analizar las implicaciones de los resultados obtenidos para la Psicocardiología, resaltando los puntos centrales del trabajo de investigación. En él, capítulo se sigue la secuencia utilizada en apartados anteriores para facilitar su comprensión.

Para el diseño de la intervención se tomó como base el trabajo realizado con personas con VIH por González (2002), sobre inoculación al estrés, a través del cual se trabajó una primera fase: Conceptualización o educativa, en el que los puntos se centraban en comentar el efecto del estrés en el cuerpo humano, explicar la concepción transaccional del estrés, establecer las reglas del trabajo en grupo (confidencialidad, puntualidad, entre otros). En la presente investigación se diseñó, además, un apoyo visual que se presentó en cada una de las sesiones para darle seguimiento a cada actividad dentro de las sesiones, y que el trabajo realizado cumpliera con el objetivo de las sesiones. Debido a que la muestra presentó una media de 6.1 años en el sistema educativo formal, el apoyo mencionado brindó guía y facilitó la comprensión de las temáticas abordadas en esta fase de la intervención.

En la segunda fase de la intervención, adquisición de habilidades, se utilizaron técnicas de relajación, reestructuración cognitiva, entrenamiento asertivo, solución de problemas.

La relajación es la técnica recomendada por Meichenbaum (1988) para iniciar cualquier tratamiento de manejo del estrés. La reestructuración cognitiva es una técnica utilizada en la terapia cognitivo conductual para modificar la valoración e interpretación subjetiva. Modificar la percepción de las situaciones de estrés es la base de una intervención enmarcada en la teoría transaccional de Lazarus y Folkman (1984); debido a que el instrumento utilizado para medir la eficacia de la intervención evaluó estrés percibido, esta técnica fue indispensable en el proceso. El entrenamiento asertivo es necesario para el trabajo con pacientes con cardiopatía isquémica por la personalidad tipo A que los caracteriza; la personalidad tipo A (PCTA) fue desarrollada por Rosenman y Friedman (1959) quienes explicaron un conjunto de características presentes en pacientes coronarios, entre las que destacaban: un esfuerzo intenso y mantenido hacia el logro de objetivos, elevada competitividad, baja tolerancia a la frustración, búsqueda de reconocimiento, impaciencia, multitasking, hostilidad, entre otras. Solución de problemas, técnica que desarrolla nuevos repertorios de conducta ante diferentes situaciones o problemas de D' Zurilla y Goldfried (1971). A ser utilizada en la intervención, los ejemplos trabajados fueron referentes a problemáticas de su enfermedad.

La tercera fase, aplicación y consolidación del aprendizaje, fomento la aplicación de las habilidades aprendidas a situaciones reales, con el propósito de que las habilidades adquiridas fueran utilizadas en la vida cotidiana y no quedaran en información teórica, como se comentó previamente en el capítulo de resultados, donde los participantes hablaron sobre el impacto de la intervención en su vida cotidiana.

El objetivo principal de la investigación fue evaluar la eficacia de la intervención cognitivo-conductual, los resultados muestran una disminución de la percepción de estrés, donde los puntajes iniciales fueron de 27.88 y después de 15.22, mostrando una disminución significativa al utilizar la prueba estadística de rangos de Wilcoxon, además de encontrarse una disminución en cada uno de

los sujetos. Sin embargo, al analizar los datos de cada ítem no existe una disminución significativa en todos los casos, lo que puede explicarse por el tamaño de la muestra. No obstante, la media es menor después de la intervención en todos los ítems, a excepción del ítem 10, que hace referencia al control en la vida de la persona. Los pacientes con enfermedades crónicas, en ocasiones, pueden percibir la falta de control en los aspectos de su vida.

Comparando el puntaje inicial obtenido, podemos concluir que los sujetos que participaron en la intervención tenían un alto nivel de estrés, pues en diferentes muestras, los puntajes de la misma escala PSS son menores; en estudiantes de licenciatura, la media fue de 21.9 (González y Landero, 2008); en personas con VIH, la media fue de 22.6 (Remor, 2006); en pacientes con epidermolisis bullosa, la media obtenida fue de 21.7 (Reyna, 2009); incluso en una muestra de pacientes con el mismo diagnóstico que los participantes de este estudio, la media de estrés fue de 24.7 (García, 2009). Al finalizar la intervención el puntaje de estrés percibido fue menor en comparación con cada una de las muestras mencionadas, lo cual permite atribuir los resultados de este estudio al uso de una intervención cognitivo conductual en enfermedades crónicas.

La terapia cognitivo conductual ha demostrado su efectividad a lo largo de los años, como podemos observarlo en los estudios realizados por diferentes autores en el uso de estrategias cognitivo-conductuales. Por ejemplo, el metaanálisis realizado por Rossy y colaboradores (1999) con 49 estudios, a partir del que se concluye que el tratamiento multidisciplinar debe incluir la terapia cognitivo-conductual, y el estudio de Moioli y Merayo (2005), reportando que valores de ansiedad, dolor y depresión, al ser manejados en la intervención cognitivo-conductual en personas con fibromialgia, reportan diferencias significativas y un incremento de actividades en la vida diaria.

La cantidad de evidencia en favor del uso de tratamientos cognitivo conductuales respalda la recomendación de incluir el tratamiento para pacientes con cardiopatía isquémica que la OMS señala que deben de brindar en los servicios de cardiología, aun cuando existen limitaciones del presente estudio relacionadas al tamaño y selección de la muestra, además de no haber contado con grupo control que sirviera de comparación con el grupo experimental por la poca disponibilidad de los participantes, a pesar de la difusión por radio, televisión y medios impresos, donde fue expresada la convocatoria para formar parte de esta investigación, que, además de gratuita, fue otorgado junto material de apoyo denominado “cuaderno de trabajo” para que los participantes recordaran las actividades y técnicas aprendidas.

La cardiopatía isquémica forma parte de un sinnúmero de enfermedades denominadas “crónicas”, las cuales se caracterizan por ser de larga duración, cuyo fin no puede preverse claramente. Para Velasco y Sinibaldi (2001), estas enfermedades presentan fases en su historia natural, las cuales son: fase de crisis de iniciación, fase crónica y la fase terminal. En la fase crónica, los pacientes deben de aprender a vivir día a día con la enfermedad; además, el paciente tanto como la familia presentan poca habilidad para llevar a cabo una vida normal; existen creencias de recuperación de normalidad cuando el paciente se “cure”, por lo que en muchas ocasiones pueden presentarse pensamientos de vergüenza y/o culpabilidad por no lograrlo, entre otras características; mismas que presentaban cada uno de los participantes de la investigación. Es importante conocer las etapas por las que atraviesa cada paciente y más si hablamos de terapias grupales, donde se debe tomar en cuenta los avances o retrocesos de cada uno para que no interfiera con la intervención.

Las aportaciones de esta investigación en referencia a la educación: se sugiere que se trabaje como un curso, no como terapia grupal, que se cuente con una guía (manual) a través del apoyo que puede brindar el paquete de Microsoft

office de Power point, ya que ayuda a la adherencia al tratamiento y evita el rechazo que en ocasiones se presenta por la estigmatización del psicólogo en México. Además, es importante mencionar que el estrés de los participantes bajó significativamente, a pesar de factores negativos que en muchas ocasiones dificultan o impiden los tratamientos, que en esta investigación, fue la educación, el promedio presentado fue de 6.1 años. Diferencia que se observa en muchas investigaciones ya que los pacientes cuentan con una educación de preparatoria o licenciatura.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abrams, J. (1990). New insights into the management of myocardial ischemia: Overview. *American health journal*, 120 (3), 719-721.

Antman, E. M. y Braunwald, E. (1997). *Acute myocardial infarction: Heart disease*. 5th. Ed. Saunders Company.

Beck, A. T., Rush, J., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao. DDB.

Beck, A. T & Freeman, A (1990). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona, Paidós.

Beller, G. A. (1996). *Myocardial imaging for the assessment of myocardial viability. A companion to Braunwald's heart disease*. Second Edition. Saunders Company.

Bosch, X., Alfonso, F. y Bermejo, J. (2002). Diabetes y enfermedad cardiovascular. Una mirada hacia la nueva epidemia del siglo XXI. *Revista Española de Cardiología*, 55, 525-527.

Brannon, L. y Feist, J. (1992). *Health Psychology*. Belmont, CA: Wadsworth Publishing Co.

Braunwald, E (1997). *Chest pain or discomfort. A textbook of Cardiovascular Medicine*. 1ª edition W. B Saunders Company.

Brush, J. E., Brand, D. A., Acamapara, D., Chalmer, B. y Wackers, F. J. (1985). Use of the initial electrocardiogram to predict in hospital complications of acute myocardial infarction. *The New England; Journal of Medicine*, 312 (18), 1137-1141.

Burell, G. (1996). Behavioral medicine interventions in secondary prevention of coronary Herat disease. En K. Orth-Gomér y N. Schneiderman. (Eds.). *Behavioral Medicine Approaches to Cardiovascular Disease Prevention* (pp. 227-236). Mahwah: Lawrence Erlbaum.

Buceta, J. M., Bueno, A. M. y Mas, B. (2001). (Eds.) *Intervención psicológica y salud: control del estrés y conductas de riesgo*. Madrid: Dykinson,

Capri-Ballester, A., Zurriaga-Llorens, R., González-Navarro, P., Marzo-Campos, J. y Buunk, A. (2007). Incidencia de los hábitos de conducta en la prevención de la enfermedad cardiovascular. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (1), 59-70.

Chávez, I. (1993). Dolor: su concepto. Semiología de los principales síntomas en la patología cardiovascular. Editorial Médica Panamericana.

Cohen, S., Kamarak, T. y Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of health and social behavior*, 24, 385-396.

Cohen, S., y Williamson, G. (1988). Perceived stress in a probability sample of the U.S. In S. Spacapan & S. Oskamp (Eds.), *The social psychology of health: Claremont Symposium on Applied Social Psychology*. Newbury Park, CA: Sage.

Curtis, J. (1974). *The Effects of Educational Intervention on Type A Behavior Pattern*. Utah: University of Utah.

Dattilio, F. y Padesky C. (2000). *Terapia Cognitiva Con Parejas*. 2da Ed. Desclèe de Brouwer, S.A.

De Feyter, P. J. y Serruys, P. W. (1994). *Percutaneous transluminal coronary angioplasty for instable angina. Textbook of interventional cardiology*. Second Edition. Saunders Company.

D' Zurilla, T. y Goldfried, M. (1971). Problem Solving and Behavior Modification. *Journal of abnormal psychology*, 78 (1), 107-126.

Fernández-Abascal, E. y Palmero, F. (1999). *Emociones y Salud*. Barcelona: Ariel

Fernández-Abascal, E. G. Martín, M. D. y Dominguez, F. (2003). Factores de riesgo e intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos cardiovasculares. *Psicothema*, 15 (4), 615-630.

Frasure-Smith, N. y Prince, R. (1985). The Ischemic Heart Disease Life Stress Monitoring Program: Impact on mortality. *Psychosomatic Medicine*, 47, 431-445.

- Frasure-Smith, N. y Prince, R. (1989). Long-term follow-up of The Ischemic Heart Disease Life Stress Monitoring Program. *Psychosomatic Medicine*, 51, 485-513.
- Friedman, M. y Rosenman, R. H. (1959). Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings: Blood cholesterol level, blood clotting time, incidence of arcus senilis and clinical coronary artery disease. *Journal of the American Medical Association*, 169, 1286-1296.
- Friedman, M., Thorensen, C. E., Gill, J. J., Power, L., Ulmer, D., Thompson, L., Prince, V., Rabin, D., Breall, W., Dixon, T., Levy, R. y Bourg, E. (1984). Alteration of type A behavior and reduction in cardiac recurrences in post-myocardial infarction patients. *American Heart Journal*, 108, 237-248.
- Friedman, M., Thorensen, C. E., Gill, J. J., Ulmer, D., Thompson, L., Powell, L., Prince, V., Eleck, S. R., Rabin, D., Breall, W. S., Piaget, G., Dixon, T., Bourg, E., Levy, R. y Tasto, D. (1982). Recurrent coronary prevention project study: Methods, baseline results and preliminary findings. *Circulation*, 66, 83-92.
- García, R. A. (2009). Estrés, afrontamiento y optimismo en pacientes con cardiopatía isquémica. Tesis de maestría. Facultad de Psicología, UANL
- Gillum, RF; Jacobs, DR, Jr; Luepker, RV; Prineas, RJ; Hannan, P; Baxter, J; Gomez-Marin, O; Kottke, TE; Blackburn, H. Cardiovascular mortality trends in Minnesota, 1960-1978. The Minnesota Heart Survey. (1984). *Journal of Chronic Disease*, 37(4), 301–309.

González, M.T. (2002). Intervención cognitivo-conductual para el manejo del estrés en personas que viven con VIH/SIDA. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, U.A.N.L. (Febrero 2002). Disponible en: <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080124350/1080124350.html>

González, M. T. y Landero, R. (2006) Síntomas psicósomáticos auto-informados y estrés en estudiantes de psicología. *Psicología Social*, 21 (2), 141-152.

González, M. T. (2006). Síntomas psicósomáticos auto-reportados en estudiantes: un modelo explicativo. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología, UNED.

González, M. T. y Landero, R. (2007). Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology*, 10 (1), 199-206. Disponible en http://www.ucm.es/info/Psi/docs/journal/v10_n1_2007/art199.pdf

Guadalajara, J. F. (1997). *Cardiopatía isquémica. Cardiología*. Quinta Edición. Méndez Editores.

Hernández-Mata, L. (2005). Bases neurofisiológicas del estrés. Comportamental.com. Revisado en Mayo 26 de 2005. Disponible en: <http://www.comportamental.com/articulos/35.htm>

Jenni, M. A., y Wollersheim, J. P. (1979). Cognitive therapy, stress management training, and the Type A behavior pattern. *Cognitive Therapy Research*, 3, 61-73.

Labrador, J., Cruzado, J y Muñoz, M. (2001). *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta*. España: Pirámide.

Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción*. Manejo e implicaciones en nuestra salud. España: Desclée de Brouwer.

Lazarus, R. Y Folkman, S. (1984). *Stress, coping and adaptation*. New York: Springer.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Roca.

Lee, HS; Cross, SJ; Garthwaite, P; Dickie, A; Ross, I; Walton, S; Jennings, K. Comparison of the value of novel rapid measurement of myoglobin, creatine kinase, and creatine kinase-MB with the electrocardiogram for the diagnosis of acute myocardial infarction. (1994). *British Heart Journal*, 71 (4), 311–315.

Maddhi, J. (1996). *Myocardial perfusion imaging for the detection and evaluation of coronary artery disease. A companion to Braunwald's heart disease*. Second Edition. Saunders Company.

Meichenbaum, D. (1988). *Manual de Inoculación de Estrés*. México: Editorial Martínez Roca.

- Mizuno, K., Satomura, K., Miyamoto, A., Arakawa, K., Shibuya, T., Arai, T., Kurita, A., Nakamura, H. and Ambrose, J. A. (1992). Angioscopic evaluation of coronary artery thrombi in acute coronary syndromes. *The New England Journal of Medicine*, 326, 287-291.
- Moioli, B. & Merayo, L. A. (2005). Efectos de la intervención psicológica en dolor y el estado emocional de personas con fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 12, 476-484.
- Muñiz, A y Martínez-Ríos, M. A. (1997). *Indicaciones de la angiografía coronaria. Cardiopatía isquémica. Diagnostico y tratamiento de las cardiopatías*. Segunda Edición. Editorial Trillas.
- Obst Camerini, J. (2005). *Introducción a la terapia cognitiva*. Colombia: Ea Ediciones.
- OMS (2002). Programa Mundial de Acción en Salud Mental. OMS, 2002. Organización Mundial de la Salud. Revisado el 4 de Junio del 2007. Disponible en: <http://www.who.int/mental health/media/en/267.pdf> .
- Organización Mundial de la Salud (2005). Informe Mundial de la OMS. Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital. Ginebra. OMS.
- Ornish, D., Brown, S. E., Scherwitz, L. S., Billings, J. H., Armstrong, W. T., Ports, T. A., McLanahan, S. M., Kirkeeide, R. L., Brand, R. J. y Gould, K. L.

(1990). Can lifestyle change reverse coronary heart disease? *Lancet*, 336, 129-133.

Ornish, D., Scherwitz, L. S., Doody, R. S., Kerten, D., McLanahan, S. M., Brown, S. E., DePuey, G., Sonnemaker, R., Haynes, C., Lester, J., McAlister, G. K., Hall, R. J., Burdine, J. A. y Gotto, A. M. (1993). Effects of stress management training and dietary changes in treating ischemic heart disease. *Journal of American Medical Association*, 249, 54-60.

OPS (2005, septiembre 23). Enfermedades cardiovasculares: más allá del corazón. Comunicado de Prensa Organización Panamericana de la Salud. Consultado el 24 de abril de 2007 Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps050923.htm>

Padesky, C. A. & Money, K. A (1990). Presenting the Cognitive model to clients. *International Cognitive Therapy Newsletter*, 6, 13 – 14. Revisado el Octubre 4 del 2008. Disponible en: www.padesky.com/clinical_corner.html

Pearlman, A. S. (1996) *Assessment of systolic function with Doppler echocardiography. A companion to Braunwald's heart disease*. Second Edition. Saunders Company.

Pérez, M., Fernández, J. Fernández, C. y Amigo, I. (coord.) (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la Salud*. España: Pirámide

Peñacoba, C. y Moreno, B. (1999). La escala de estresores universitarios (EEU). Una propuesta para la evaluación del estrés en grupos de poblaciones específicas. *Ansiedad y estrés*, 5 (1), 61-78.

Rehabilitación después de las Enfermedades Cardiovasculares, con especial atención a los países en desarrollo. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1993 (Serie de Informes Técnicos, N° 831)

Rehabilitación de pacientes con enfermedades cardiovasculares. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1964 (OMS, Serie de Informes Técnicos, N° 270).

Remor, E. (2006). Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9, 86-93.

Remor, E. y Carroble, J. (2001). Versión Española de la escala de estrés percibido (PSS-14): Estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y Estrés*, 7 (2-3), 195-201.

Reyna, J. A. (2009). Psicodermatología: aspectos psicológicos en personas con epidermolisis ampollar. Tesis de maestría. Facultad de Psicología, UANL

Roales-Nieto, J. G. (2004). *Psicología de la Salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones*. Madrid: Pirámide.

Rossy, L. A., Buckelew, S. P., Doit, N., Hagglund, K. J., Thayer, J.F., McIntosh, M.J., et al (1999). A meta-analysis of fibromyalgia treatment interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 21, 180-191.

Roskies, E., Seraganian, P., Oseasohn, R., Hanley, J. A. y Collu, R. (1986). The Montreal Type A intervention project: Major findings. *Health Psychology*, 5, 45-69.

Russell, R. O., Moraski, R. E y Kouchoukos, N. (1978). Unstable angina pectoris: National Cooperative Study Group to compare surgical and medical therapy: In hospital experience and initial follow –up results in patients with one, two and three vessel disease. *Cardiology*, 42, 839-848..

Rutledge, T., Linden, W., Davies, R. F. y The Canadian Amlodipine/Atenolol in Silent Ischemia Study (CASIS) Investigators (1999). Psychological risk factors may moderate pharmacological treatment effects among ischemic heart disease patients. *Psychosomatic Medicine*, 61, 834-841.

Reynoso, L. y Seligson, I. (coord). (2002). *Psicología y Salud*. México: UNAM.

Sandín, B. (1999). *Estrés psicosocial*. Madrid: Klinik

Sank, L. I. y Shaffer, C. S. (1993). *Manual del terapeuta para la terapia Cognitiva Conductual en grupos*. España: Editorial Desclée de Brouwer.

Sikkema, K. J. (1998). Public interest directorate: Living Beyond Loss: An intervention for Coping with HIV and HIV Related Loss. *American Psychological Association*. Revisado el 4 de Junio del 2007. Disponible en: <http://www.apa.org/pi/aids/sikkema.html>.

Sunthareswaran, R. (1993) *Lo esencial en Sistema Cardiovascular*. España: Harcourt.

Taboada, M. L., (1998). Eventos traumáticos y reacciones de estrés: identificación y manejo en una situación de desastre natural. *Psiquiatria.com*, 2 (4). Revisado el 4 de Junio del 2007. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/vol2num4/art7.htm>

The rehabilitation of patients with cardiovascular disease. Report on a seminar, Noordwijk aan Zee. Copenhagen. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa, 1969.

Treasure, C. B. y Alexander, R. W. (1995). *Angina pectoris, myocardial infarction, and the biology of atherosclerosis. Acute coronary*. California. Second Edition. Mosby-Year Book, Inc.

Vargas, J. (1999) *Diagnostico de la cardiopatía isquémica. Un enfoque multidisciplinario*. México: Panamericana.

Velasco, L. y Sinibaldi, J. (2001) *Manejo del Enfermo Crónico y su familia*. Manual Moderno, México.

Wielgosz, A. T. y Nolan, R. P. (2002). Biobehavior factors in the context of ischemic cardiovascular diseases. *Journal of Pshychosomatic. Research*, 48, 339-345.

Zipes, D. P., Libby, P., Bonow, R.O., Braunwald E, eds. (2005). *Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine*, 7th ed. St. Louis, Mo: WB Saunders; 921-935.

ANEXO 1

Escala de estrés percibido

Fecha: _____

Se le solicita participar en un estudio de investigación sobre variables relacionadas a la salud. Se le pide que responda todas las preguntas siguiendo las instrucciones específicas en cada grupo. Los datos serán analizados de manera grupal, por lo que puede contestar sinceramente con la certeza de que los datos que puedan identificarle serán tratados de manera confidencial.

Escriba su nombre o algún seudónimo que recuerde para identificar que su encuesta antes y después de la intervención corresponden a la misma personal: _____

Escriba la respuesta en la línea:

V2. Edad: _____ V3. Estado civil: _____

V4. Sexo: H __ M __ V5. Escolaridad (en años, contando desde primero de primaria) _____

V6. ¿Trabajas (trabajo remunerado)? Sí _____ No _____

V7. ¿Cuántas horas **a la semana** trabajas (trabajo remunerado)? _____

V8. ¿Padeces alguna enfermedad crónica? Sí _____ No _____ ¿Cuál? _____

V9. ¿Hace cuantos años que tienes ese diagnóstico? _____

V10. ¿Tomas algún medicamento? Sí _____ No _____

V11. ¿Haces ejercicio? Sí _____ No _____

V12. En caso de que hagas ejercicio ¿Cuántas horas a la semana? _____

V13. ¿Sigues alguna dieta como complemento al tratamiento que llevas? Sí _____ No _____

En el siguiente cuadro indique con quien vive (familia, amigos, etc.), su parentesco, edad y Estado civil.

¿QUIÉNES VIVEN EN LA CASA?

<u>Parentesco</u>	<u>Edad</u>	<u>Estado civil</u>
Padre		
Madre		
Hermano (a)		
Hermano (a)		
Hermano (a)		
Otros:		

<u>Parentesco</u>	<u>Edad</u>	<u>Estado civil</u>
Cónyuge o pareja		
Hijo (a)		
Hijo (a)		
Hijo (a)		
Otros:		

Marca la opción que mejor se adecue a tu situación actual, teniendo en cuenta <u>el último mes.</u>					
<u>Durante el último mes:</u>	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
..... ¿Con que frecuencia.....					
E1. ...has estado afectado (a) por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
E2. ... te has sentido incapaz de controlar las cosas importantes de tu vida?	0	1	2	3	4
E3. ... te has sentido nervioso (a) o estresado (a) (lleno de tensión)?	0	1	2	3	4
E4. ... has manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
E5. ... has sentido que has afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en tu vida?	0	1	2	3	4
E6. ... has estado seguro(a) sobre tu capacidad de manejar tus problemas personales?	0	1	2	3	4
E7. ... has sentido que las cosas te van bien?	0	1	2	3	4
E8. ... has sentido que no podías afrontar todas las cosas que tenías que hacer?	0	1	2	3	4
E9. ... has podido controlar las dificultades de tu vida?	0	1	2	3	4
E10. ... has sentido que tienes el control de todo?	0	1	2	3	4
E11. ... has estado enfadada porque las cosas que te han ocurrido estaban fuera de tu control?	0	1	2	3	4
E12. ... has pensado sobre las cosas que no has terminado (pendientes de hacer)?	0	1	2	3	4
E13. ... has podido controlar la forma de pasar el tiempo (organizar)?	0	1	2	3	4
E14. ... has sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puedes superarlas?	0	1	2	3	4

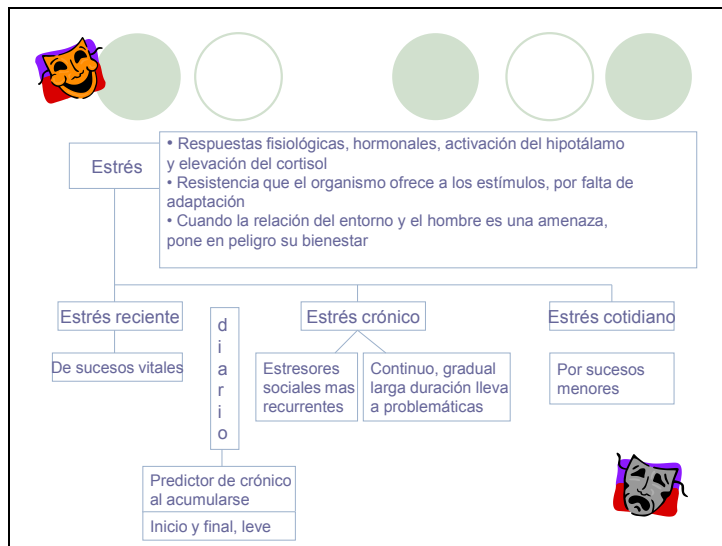
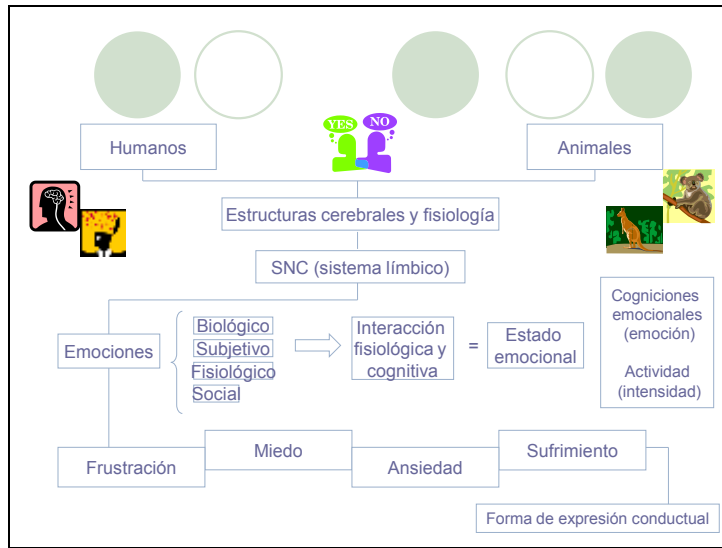
ANEXO 2

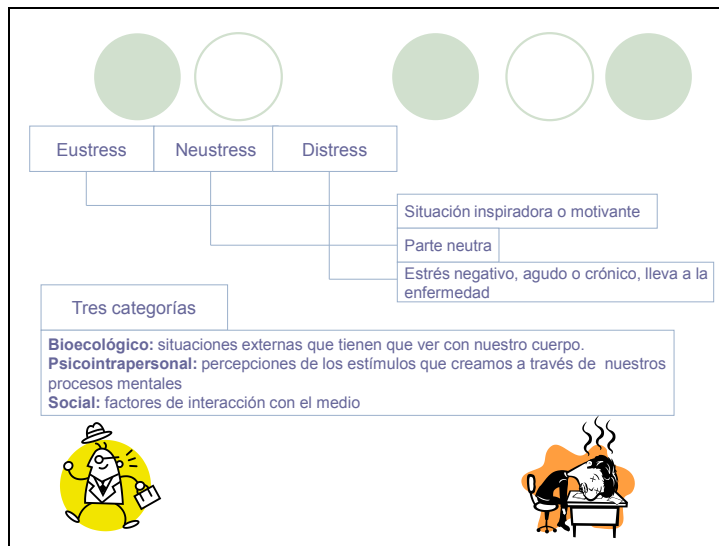
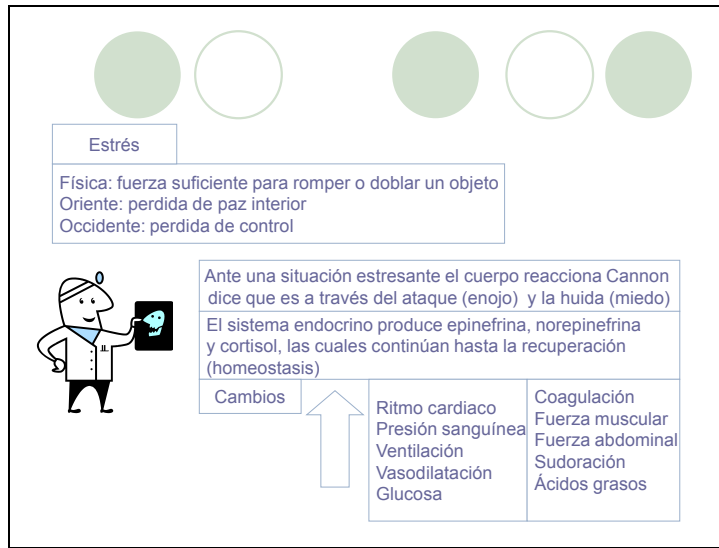
Programa de Intervención completo



Sesión 1









La sensación de inseguridad, nerviosismo, angustia, impiden el funcionamiento correcto de mis capacidades intelectuales, emocionales y físicas, llegando a producirse un deterioro en las mismas capaz de afectar profundamente a la salud física y mental..



- El estrés hace que nuestro sistema no descansa, es como un carro al cual mientras le piso el acelerador tengo el freno puesto, la maquina truena, lo mismo pasa con nuestro cuerpo.
- Reaccionar frente a los estímulos que significan un peligro es algo normal y necesario, nuestro cuerpo reacciona frente al peligro incrementando la activación del funcionamiento del Sistema nervioso simpático, que nos prepara para luchar o huir frente a una agresión externa.

Las sustancias que nos preparaban para esta lucha o huida ya se han vertido a la sangre, la adrenalina y noradrelanina ya están acelerando la frecuencia cardiaca, tensando nuestros músculos, aumentando nuestra respiración, vertiendo energía (en forma de lípidos) a la sangre, y vertiendo factores de coagulación (vienen bien si te haces una herida al luchar o huir). Y todo esto sucede siempre que por un motivo se produce una reacción de alarma.

En condiciones normales cuando la agresión o amenaza finalizan disminuye la respuesta de estrés y todo el sistema recupera el equilibrio.

- Es igual la respuesta orgánica del estrés que la que vivimos en hoy



El cuerpo aprende...

- Respuesta excesiva ante estímulos mínimos, que en absoluto suponen una amenaza, con el paso del tiempo dañan nuestro cuerpo.
- Respuesta excesiva debido al exceso de tiempo en que se ha de soportar un estado de tensión.


Una estrategia...

LA RELAJACIÓN



Para que nos sirve:

- Disminuye la ansiedad
- Aumento de la capacidad para enfrentar situaciones estresantes
- Estabilización de las funciones cardíacas y respiratorias
- Aumento de la velocidad de reflejos
- Aumento de la capacidad de concentración y memoria
- Aumento de la eficiencia de la capacidad de aprendizaje

- 
- Incremento de la habilidad para relajarse cada vez que lo necesite esté donde esté
 - Incremento de la capacidad creativa
 - Disminución de la tensión arterial
 - Mejora en la circulación sanguínea
 - Normalización de la respiración
 - Sensación de eliminar tensiones
 - Aumento de la oxigenación cerebral
 - Mejora la calidad del sueño



LA PRÁCTICA

Que necesito...



- Un espacio en silencio
- Una grabadora y cd relajante (*opcional*)
- Estar recostados (suelo, *colchoneta*, *colcha*)
- Debemos de pensar en positivo

Técnica de relajación progresiva

Su método se basaba en:

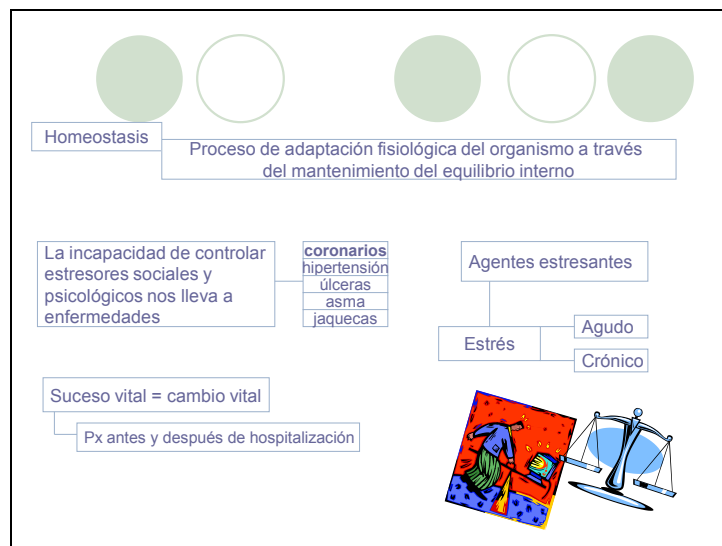
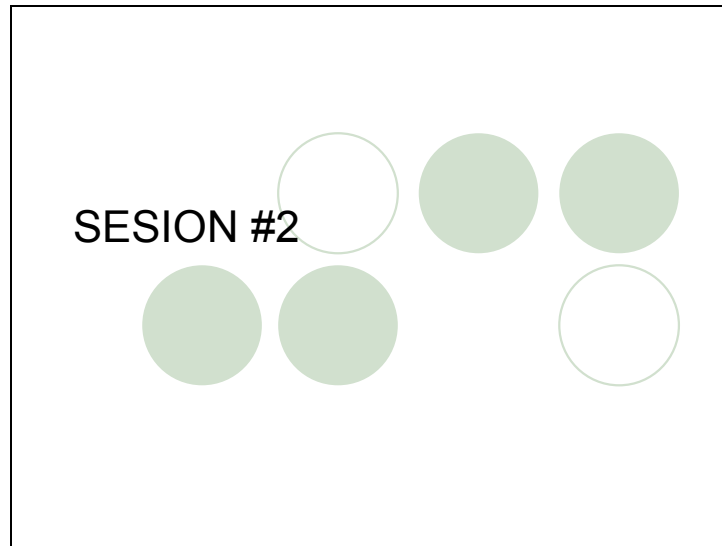
- 1.- Concentración de la atención en un grupo muscular.
- 2.- Tensión de ese grupo muscular, sin dolor, y mantener la tensión entre 20 y 30 segundos.
- 3.- Relajación de la musculatura, prestando atención a la sensación que se produce. Por ello tiene un componente muy elevado de percepción y por tanto de elevación del control de la zona que tratamos.

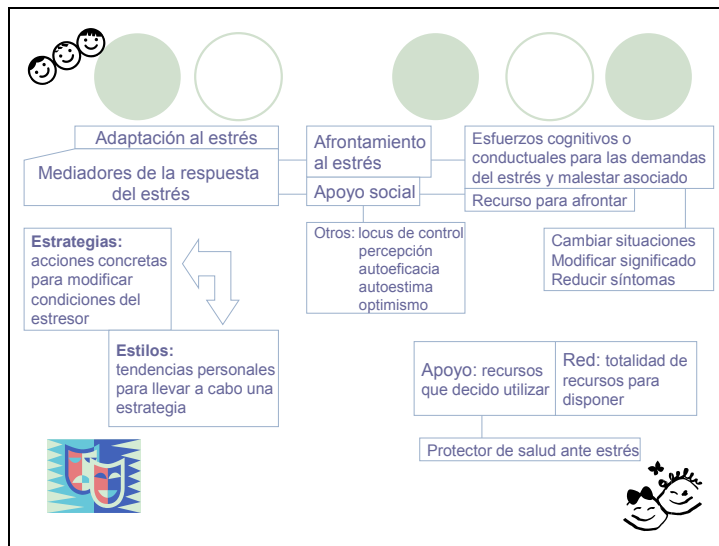
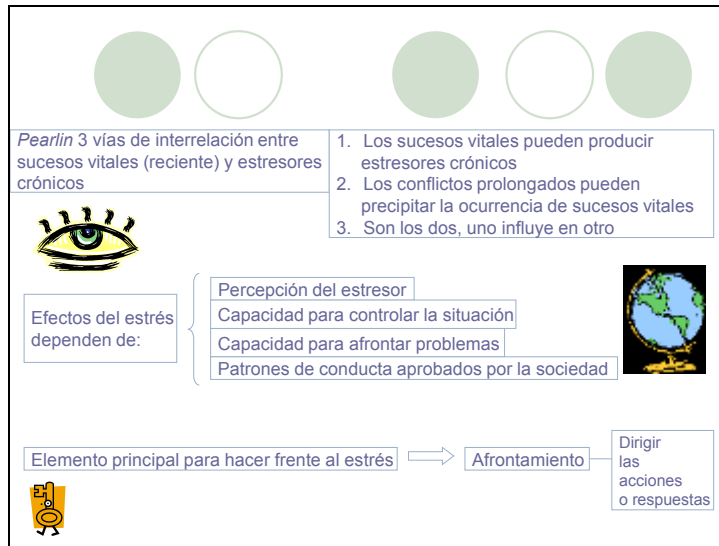
● Grupos musculares en los que se puede utilizar el método, de Jacobson, todos un orden establecido:

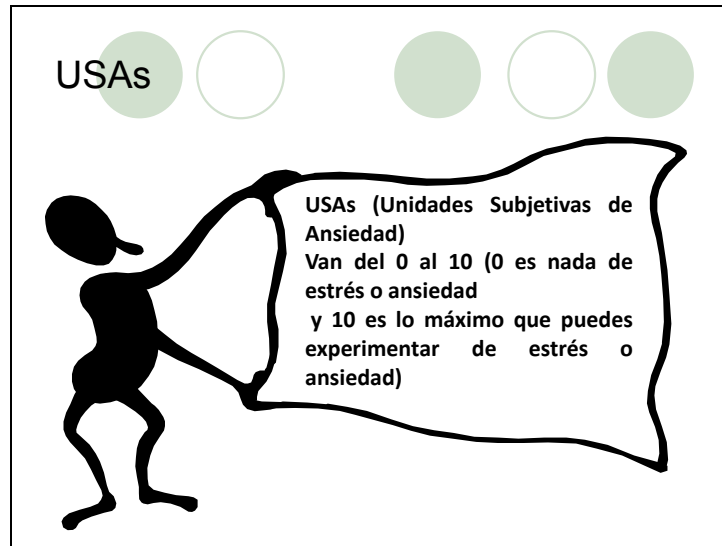
- 1.- Mano derecha e izquierda,
- 2.- Antebrazo y brazo derecho
- 3.- Espalda dorsal, zona lumbar.
- 4.- Cuello.
- 5.- Rostro. Ojos.
- 6.- Zona anterior del tronco y abdomen.
- 7.- Pie derecho.
- 8.- Pantorrilla derecha.
- 9.- Muslo derecho.

Es preciso proponerse disfrutar de la fase de relajación muscular, prestar una especial atención a como la relajación se produce, y como junto a ella aparece una disminución de la tensión psíquica.

Sesión 2

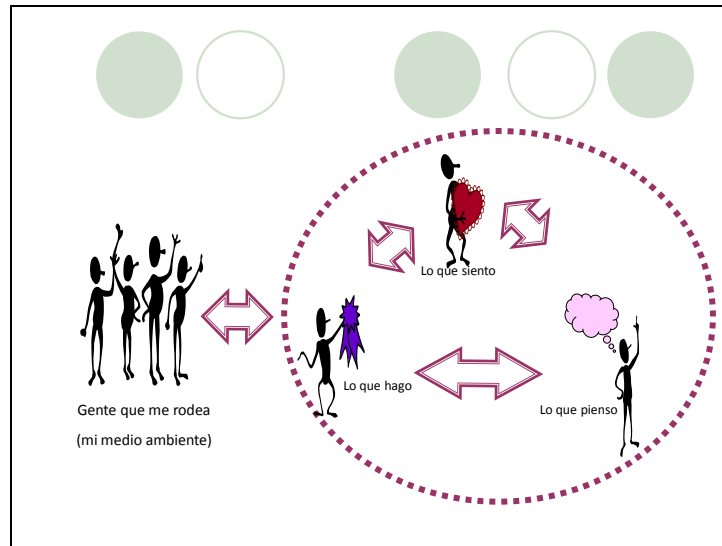






PIENSO, SIENTO , QUE HAGO

- Son pensamientos que tenemos sin darnos cuenta, no sabemos cuando inician, pero pueden interferir en nuestras actividades. Todo lo que siento influye en lo que pienso y hago, todo lo que hago influye en lo que pienso y siento y todo lo que pienso influye en lo que hago y siento, además esto influye en la gente que me rodea:



Técnica de visualización

- Las personas solemos utilizar la imaginación como una forma de sufrimiento, pensamos que podemos perder el empleo, que ocurrirá un accidente, etc. que en el momento de visualizarlas nos afectan orgánicamente ya que como hemos experimentado solo imaginar la experiencia ya nos produce ansiedad y desazón, en suma dolor y sufrimiento previo
- La auto profecía negativa de suspenderé, me equivocare, saldrá mal, se cree tan firmemente que sucede tal como sin darnos cuenta hemos planeado. Bien podríamos utilizar la imaginación al contrario y experimentar el poder de la visualización positiva.

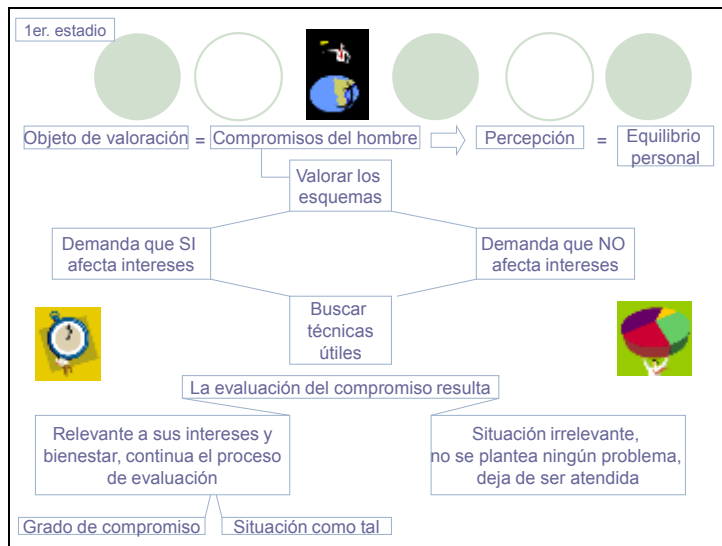
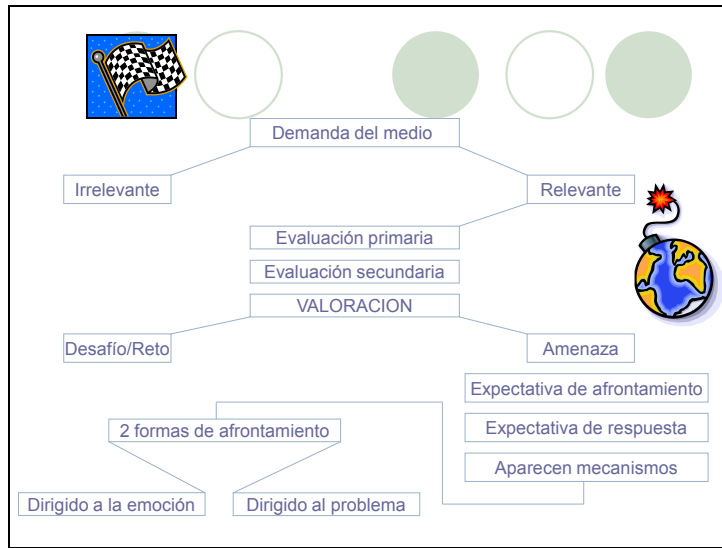
Liberándome...

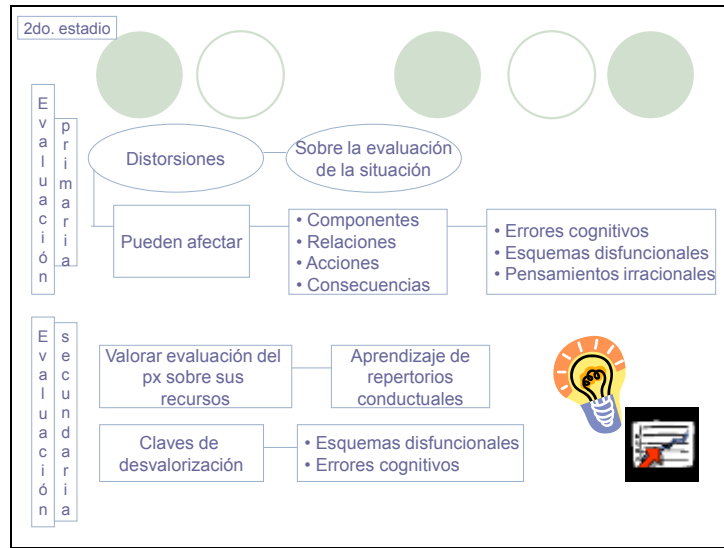
- Estoy acostado con los ojos cerrados..... Me voy alejando de los ruidos y prisas cotidianas..... visualizo mi cuerpo como si lo estuviera mirando frente a un espejo..... Hago un recorrido por el explorando las zonas en que hay más tensión..... Hago un mapa de la tensión corporal..... Y también de las zonas que siento con claridad y aquellas que apenas percibo, estas últimas coincidirán casi siempre con zonas tensas..... Le otorgo el color rojo a las zonas de tensión y un color azul a las zonas que siento relajadas, confecciono así un mapa en color que muestra los territorios tensos y relajados de mi cuerpo..... A partir de este instante comienzo a visualizar que con cada respiración entra un aire azul, limpio, puro, relajante..... Conforme el aire azul penetra en mi organismo relaja mi cuerpo, la tensión comienza a disolverse..... Con cada espiración sale un aire rojo, la tensión se va, se disuelve..... Entra un aire azul, relajante..... Expulso un aire rojo y con el se va toda la tensión y las impurezas de mi organismo..... Entra un aire azul, relajante..... Expulso un aire rojo y con el se va toda la tensión y las impurezas de mi organismo..... Siento la relajación y la calma..... Me permito permanecer en este estado unos momentos y me preparo para abandonar el ejercicio..... Regreso a este cuarto y tomo conciencia del estado de relajación en que me encuentro, me doy cuenta que puedo volver a este ejercicio para relajarme cuando lo desee, se que mi imaginación es una fuente de calma de tranquilidad y de paz.

Sesión 3

SESION #3

FECHA ___/___/___.







Sesión 4

SESION #4

FECHA ___/___/___.



Personalidades susceptibles	Personalidades resistentes
<p>Tipo A (Friedman y Rosenman) Llamada enfermedad de la prisa Reacción simpática (problemas coronarios) Urgencia de tiempo Multitasking (polifasia) Ultra competitivo Patrones de habla rápida Manipulación y control Agresividad Hostilidad Ven a las personas como números Falta de espiritualidad Atrofia mente/cuerpo Impaciencia y hostilidad expresados como enojo Estas características son reforzadas por la sociedad, además necesitan ser gratificados de inmediato</p>	<p>Tipo C (Cassel) Las personas con tendencias tipo A, tienen la capacidad de desarrollar la tipo C Es el desarrollo de habilidades de afrontamiento positivas y funcionales</p> <p>Hardy Personality (Kobasa) A pesar de las circunstancias es la percepción del estrés Compromiso: dedicación a uno mismo, valores personales, sentimiento de pertenencia Control: sentido de control personal, no desvalido, autocontrol no victimizado Reto: habilidad de ver cambio como oportunidad no como amenaza Puede sobreponerse a lo genético y enfermedad</p>



Personalidades susceptibles	Personalidades resistentes
<p>Tipo D (Sher) Proyecta estado positivo Pero bloquea sentimientos Provocando efectos negativos en salud</p> <p>Coodependiente Son las personas que son dependientes de hacer a otra persona dependiente de ellos Sirve para autovalidarse Son adictivos (inducen a su adicción) Manipulan, pero a través de la generosidad y favores Perfeccionistas y organizados Leales a familia ya amigos No pueden decir que no Se creen víctimas</p>	<p>El superviviente (Siebert) Se aprende Es alguien que responde pero no solo ante el peligro Aceptación de situación, optimismo y con solución creativa los problemas Forma bifásica: integran el hemisferio derecho En la intuición, aceptación y fe; y el hemisferio izquierdo el juicio y organización Son orgullosos – humildes Egoísta – altruista Su característica es la flexibilidad</p> <p>Estilo asertivo Focaliza situaciones, supera el miedo No sumisión, no agresividad Conoce y defiende sus derechos y de otros Expresa opiniones sin estar a la defensiva</p>

Personalidades susceptibles

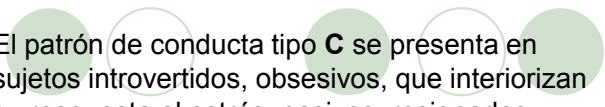
Estilo pasivo
 Se sienten intimidados a expresar
 Ceden derechos
 Ceden libertades
 Sus acciones son por la aprobación
 Evaden confrontaciones
 Son víctimas


Estilo agresivo
 Intimida
 Buscan el control
 Manipulan
 Acusan
 Pelean
 Sentimientos de enojo
 Rasgos de tipo A

Nota:

Además de tratar la parte psicológica, se debe de tratar lo físico, ya que el cuerpo aprende, Y se condiciona a cualquier señal de angustia. Por lo que se debe contracondicionar al cuerpo.

- Los sujetos a los que se los denomina **A** corresponden a perfiles psicológicos donde predomina una respuesta excesiva. Exhiben hiperactividad, irritabilidad, son ambiciosos, agresivos, hostiles, impulsivos, impacientes crónicos, tensos y competitivos, ya sea con su medio ambiente como con ellos mismos, y sus relaciones interpersonales son problemáticas y con tendencia a la dominancia.
- Los sujetos con patrón de conducta tipo A, con respuesta autonómica al estrés, poseen mayor predisposición a padecer patologías cardiovasculares por la activación de las catecolaminas. A su vez tienen con frecuencia elevado el colesterol LDL y disminuido el colesterol HDL y acumulan asimismo otros factores de riesgo, como obesidad, nicotínismo e hipertensión.

- 
- El patrón de conducta tipo **C** se presenta en sujetos introvertidos, obsesivos, que interiorizan su respuesta al estrés, pasivos, resignados y apacibles, extremadamente cooperadores, sumisos y conformistas, siempre controlando las expresiones de hostilidad y deseosos de aprobación social.
 - Por otra parte, los individuos con patrón de conducta tipo C tienen estadísticamente mayor predisposición a reumas, infecciones, alergias, afecciones dermatológicas variadas e incluso cáncer, este último asociado a la inhibición inmunitaria de la que padecen en general estos sujetos.

- 
- Son muchas las enfermedades psicosomáticas producidas por el estrés o desencadenadas o agravadas por él. Hemos mencionado algunas, pero es indudable que analizando la acción de las hormonas y estructuras involucradas, podemos inferir su acción sobre enfermedades digestivas (como úlceras, diarreas y estreñimiento), nutricionales y metabólicas, trastornos articulares y musculares, sexuales y ginecológicos, etcétera, y por supuesto, como agente provocador y desencadenante como la depresión.



- Establecer prioridades claras.
- Delegar responsabilidades.
- Aprender a decir NO a los compromisos que no se pueden cumplir.
- Hacer bien y pronto lo que se puede hacer y olvidarse por completo de lo que no se puede.
- Asumir los grandes retos como secuencias de pequeños pasos

Evita el estrés

- Dormir las siete u ocho horas recomendadas para un buen funcionamiento de tu organismo a lo largo del día. Levántate con el tiempo suficiente para acudir al trabajo puntualmente. Si notas que las horas de sueño son escasas, duerme una siesta no superior a 15 minutos.
- No deben faltar en tus alimentos el aceite de oliva, cereales, pescado, ave, verduras, legumbres y frutas. Evita las comidas con exceso de azúcar refinada, grasas, frituras o huevos.
- Reduce si eres consumidor exagerado tus cantidades de sal, café, té, mate, tabaco y alcohol.



Analízate:

- Focaliza tus objetivos a corto y medio plazo tanto en tu casa como en la faceta profesional.
- No permitas que ninguna circunstancia ni persona rebaje tu dignidad. Una autoestima alta minimiza y relativiza el impacto de cualquier estrés.
- Respeta tus motivaciones y haz las cosas que realmente te gustan. Trata de realizar las tareas que te resulten más interesantes y placenteras. Si una actividad te resulta desagradable, trata de no realizarla, o de encontrarle alguna utilidad o justificación ante ti mismo.



En el trabajo

- Adapta tu entorno de trabajo para un mayor aprovechamiento de tus tareas: Fotografías, música favorita, amuleto de la suerte, trofeos.
- Trata de ver las tareas y los contratiempos como desafíos que te permitirán crecer, y no como situaciones amenazadoras.
- Aprende y habitúate a medir tus capacidades, y no te vueltes intentando hacer algo más allá de tus posibilidades. Evita "exprimirte" hasta el agotamiento. A veces se pierde, intenta extraer lo positivo de los sucesos negativos.
- Cuando una tarea no avanza, realice otra tarea o haz una pausa, y si puedes sal del lugar donde te encontrabas.
- A veces lo trágico no son tanto las situaciones como el modo de interpretarlas. Es posible que cambiando la forma de ver los conflictos, se reduzca tu malestar y puedas elaborar otras soluciones.

Tiempo libre

- Dedica una parte del día a alguna actividad de ocio sin remordimientos: Leer, ir al cine, deporte, escuchar música...
- Si tienes familia y amistades dedícales un tiempo, desconectando de las obligaciones. Durante la semana dedica un día entero a descansar y realizar actividades que te gustan y no tengan ninguna relación con tus obligaciones habituales.

Relación con los demás

- Acostúmbrate a admitir y a demandar la crítica, así como a expresar honestamente tus puntos de vista. Pide ayuda a las personas de tu entorno. Pedir ayuda es una muestra de reconocimiento a la otra persona. El desahogo con terceros mitiga frustraciones.
- Es sano ser algo egoísta. A veces hay que decir, no. Resulta imposible complacer a todo el mundo. Al mismo tiempo, no permitas que los demás te presionen, te manipulen, ni te impongan unos criterios en contra de los tuyos.
- El odio y el rencor no te ayudan a avanzar. El perdón, la comprensión, la tolerancia resulta la mejor opción para resolver algunos conflictos.
- Dedícale tiempo a tu relación de pareja.

Reinhold Niebuhr

"Señor, dame el coraje para cambiar las cosas que debo, serenidad para aceptar las que no puedo cambiar y sabiduría para reconocer la diferencia"

Sesión 5

SESION #5

COMUNICACION

- El funcionamiento de las sociedades humanas es posible gracias a la comunicación
- intercambio de mensajes entre los individuos
- el hecho que un determinado mensaje originado en el punto A llegue a otro punto determinado B
- La comunicación implica la transmisión de una determinada información.

Elementos de la comunicación

- Código
Sistema de signos y reglas para combinarlos, debe de estar organizado.
- Canal
Medio físico a través del cual se transmite la comunicación.
- Emisor
Persona que se encarga de transmitir el mensaje
- Receptor
Persona que se encarga de transmitir el mensaje
- Contexto situacional
Contexto en que se transmite el mensaje y que contribuye a su significado.

ASERTIVIDAD

- Como estrategia y estilo de comunicación, la asertividad se diferencia y se sitúa en un punto intermedio entre otras dos conductas polares: *la agresividad y la pasividad*.

- Suele definirse como un comportamiento comunicacional maduro en el que la persona ni agrede ni se somete a la voluntad de otras personas, sino que expresa sus convicciones y defiende sus derechos.



1. Favorece enormemente la confianza en la capacidad expresiva.
2. Potencia la autoimagen positiva, pues favorece el sentido de eficacia personal.
3. Genera bienestar emocional.
4. Mejora la imagen social pues promueve el respeto de los demás.
5. Favorece las negociaciones y el logro de objetivos que dependan de la comunicación en general.

Los 3 estilos...

- **Pasividad.** Es aquel estilo de comunicación propio de personas que evitan mostrar sus sentimientos o pensamientos por temor a ser rechazados o incomprendidos o a ofender a otras personas. Infravaloran sus propias opiniones y necesidades y dan un valor superior a las de los demás.



- **Agresividad.** Este estilo de comunicación se sitúa en un plano opuesto a la pasividad, caracterizándose por la sobrevaloración de las opiniones y sentimientos personales, obviando o incluso despreciando los de los demás.



- **Asertividad.** Es aquel estilo de comunicación abierto a la opiniones ajenas, dándoles la misma importancia que a las propias. Parte del respeto hacia los demás y hacia uno mismo, aceptando que la postura de los demás no tiene por qué coincidir con la propia y evitando los conflictos sin por ello dejar de expresar lo que se quiere de forma directa, abierta y honesta.

Porque...

- La asertividad permite decir lo que uno piensa y actuar en consecuencia, haciendo lo que se considera más apropiado para uno mismo, defendiendo los propios derechos, intereses o necesidades sin agredir u ofender a nadie, ni permitir ser agredido u ofendido y evitando situaciones que causen ansiedad.

- La asertividad es una actitud intermedia entre una actitud pasiva o inhibida y otra actitud agresiva frente a otras personas, que además de reflejarse en el lenguaje hablado se manifiesta en el lenguaje no verbal, como en la postura corporal, en los ademanes o gestos del cuerpo, en la expresión facial, y en la voz. Una persona asertiva suele ser tolerante, acepta los errores, propone soluciones factibles sin ira, se encuentra segura de sí misma y frena pacíficamente a las personas que les atacan verbalmente.

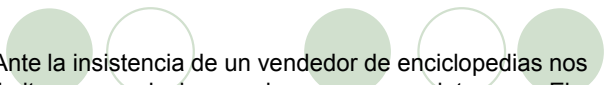


- La asertividad impide que seamos manipulados por los demás en cualquier aspecto y es un factor decisivo en la conservación y el aumento de nuestra autoestima, además de valorar y respetar a los demás recíprocamente.

Técnicas verbales asertivas

Disco rayado

- Consiste en la repetición ecuánime de una frase que exprese claramente lo que deseamos de la otra persona. Esta conducta asertiva nos permite insistir en nuestros legítimos deseos sin caer en trampas verbales o artimañas manipuladoras del interlocutor y sin dejarnos desviar del tema que nos importa, hasta lograr nuestro objetivo.

- 
- Ante la insistencia de un vendedor de enciclopedias nos limitaremos a decir: «gracias, pero no me interesa». El vendedor seguramente dirá que hoy en día es muy importante estar bien informado. En vez de responderle a su comentario, responderemos nuevamente: «gracias, pero no me interesa». El vendedor no se dará por vencido e insistirá: pero para sus hijos es muy importante tener información a mano en todo momento y no depender del ordenador e internet. Nosotros responderemos nuevamente «gracias, pero no me interesa». Y así sucesivamente cuantas veces sean necesarias. El vendedor se dará cuenta de que no podrá convencernos porque no entramos en su juego. Generalmente no es necesario repetir la frase más de tres o cuatro veces, eso sí, siempre con educación.

Banco de niebla



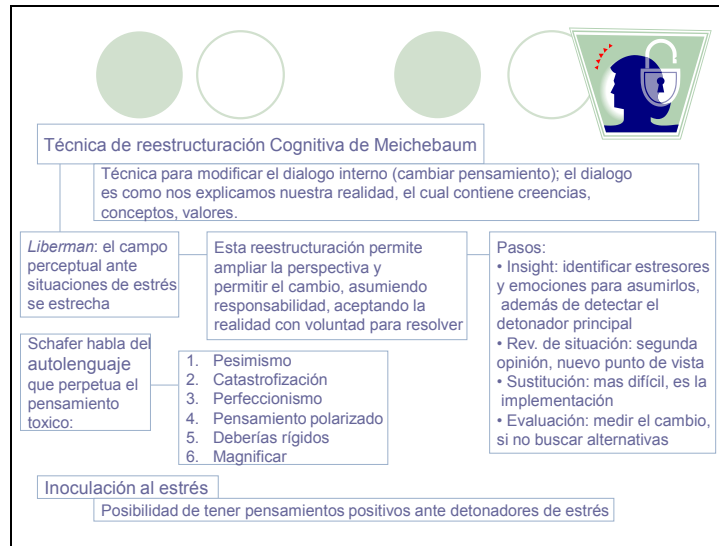
- Consiste en encontrar algún punto limitado de verdad en el que puedes estar de acuerdo con lo que tu antagonista está diciendo. Dicho expresamente, puedes estar de acuerdo en parte o de acuerdo en principio. Se trata de reconocer que se está de acuerdo en que la otra persona tiene motivos para mantener su postura pero sin dejar de expresar que mantendremos la nuestra, puesto que también tenemos motivos para hacerlo. De este modo demostraremos tener una actitud razonable al mismo tiempo que haremos ver a la otra persona que nuestra intención no es atacar su postura sino demostrar la nuestra.

- Esta técnica está especialmente indicada para afrontar críticas manipulativas. Toma en cuenta lo siguiente:

1. no discutir acerca las razones parciales que quizás sean aceptables.
2. reconocer cualquier verdad contenida en las declaraciones de la otra persona, pero sin aceptar lo que propone.
3. aceptar la posibilidad de que las cosas pueden ser como se nos presentan, utilizando expresiones como: "es posible que...", "quizás tengas razón en que"... "puede ser que...".
4. es conveniente reflejar o parafrasear los puntos clave de la postura mantenida por la otra persona y tras ello añadir una frase que exprese que nuestra opinión no ha cambiado ("...pero lo siento, no puedo hacer eso", "...pero no gracias", "...pero yo creo que no es así", etc.).

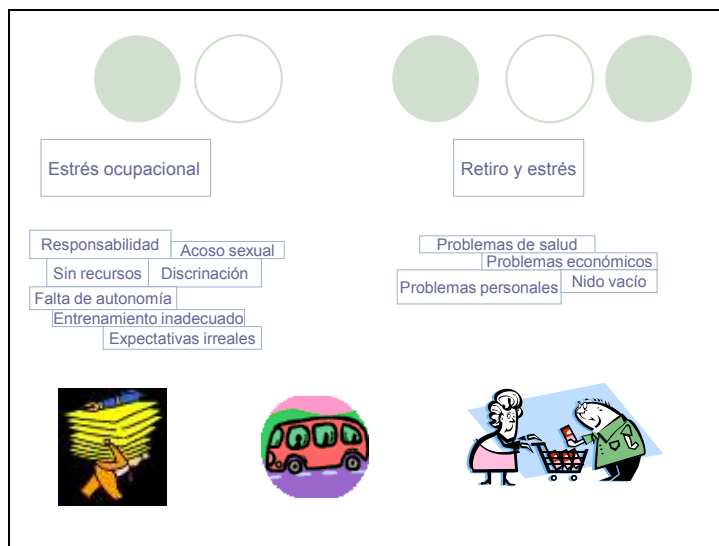
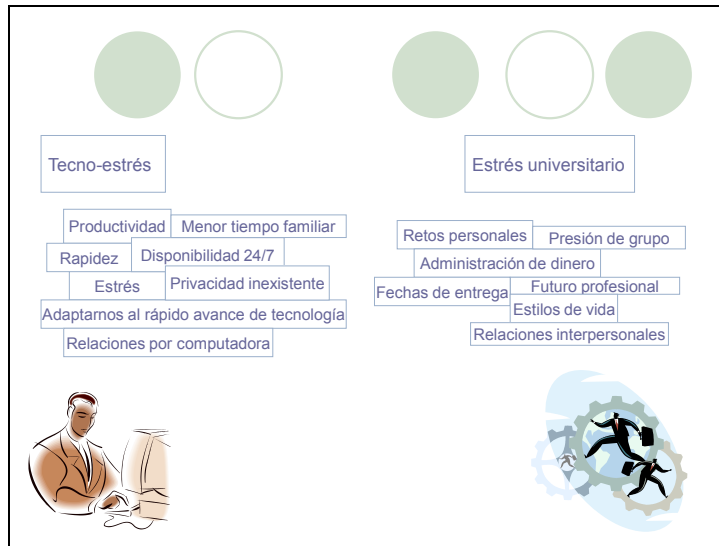
Enunciados en primera persona


- Se trata de una técnica de resolución o evitación de conflictos. El procedimiento consta de cuatro pasos:
 - expresar el sentimiento negativo que nos provoca la conducta de la otra persona.
 - describir objetivamente dicha conducta
 - explicar la conducta deseada
 - comentar las consecuencias beneficiosas que tendría el cambio deseado y las consecuencias negativas de que éste no se produjera.
- Todo ello debe realizarse con objetividad y serenidad en palabras, un tono y volumen de voz apropiados y un lenguaje verbal que apoye a nuestras palabras sin resultar agresivo.



Sesión 6








Que es el autoestima


- Sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad. Esta se aprende, cambia y la podemos mejorar. Es a partir de los 5-6 años cuando empezamos a formarnos un concepto de cómo nos ven nuestros mayores (padres, maestros), compañeros, amigos, etcétera y las experiencias que vamos adquiriendo.


- 
- Según como se encuentre nuestra autoestima, ésta es responsable de muchos fracasos y éxitos, ya que una autoestima adecuada, vinculada a un concepto positivo de mí mismo, potenciara la capacidad de las personas para desarrollar sus habilidades y aumentará el nivel de seguridad personal, mientras que una autoestima baja enfocará a la persona hacia la derrota y el fracaso.



Baja autoestima

- Todos tenemos en el interior sentimientos no resueltos, aunque no siempre seamos conscientes de estos. Los sentimientos ocultos de dolor suelen convertirse en enojo, y con el tiempo volvemos el enojo contra nosotros mismos, dando así lugar a la depresión. Estos sentimientos pueden asumir muchas formas: odiarnos a nosotros mismos, repentinos cambios de humor, culpas, reacciones exageradas, hipersensibilidad, encontrar el lado negativo en situaciones positivas o sentirse impotentes y autodestructivos.

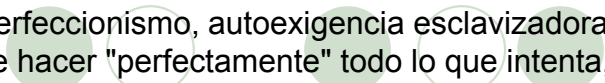
- 
- La autoestima es importante porque es nuestra manera de percibirnos y valorarnos como así también moldea nuestras vidas. Una persona que no tiene confianza en sí misma, ni en sus propias posibilidades, puede que sea por experiencias que así se lo han hecho sentir o por mensajes de confirmación o desconfirmación que son transmitidos por personas importantes en la vida de ésta, que la alientan o la denigran


- 
- Otra de las causas por las cuales las personas llegan a desvalorizarse, es por la comparación con los demás, destacando de éstos las virtudes en las que son superiores, por ejemplo: sienten que no llegan a los rendimientos que otros alcanzan; creen que su existencia no tiene una finalidad, un sentido y se sienten incapaces de otorgárselo; sus seres significativos los descalifican y la existencia se reduce a la de un ser casi sin ser. No llegan a comprender que todas las personas son diferentes, únicas e irrepetibles, por lo que se consideran menos que los demás.

Actitudes y posturas que indican baja autoestima



- Autocrítica dura y excesiva que la mantiene en un estado de insatisfacción consigo misma.
- Hipersensibilidad a la crítica, por la que se siente exageradamente atacada/o, herida/o; hecha la culpa de los fracasos a los demás o a la situación; cultiva resentimientos tercos contra sus críticos.
- Indecisión crónica, no por falta de información, sino por miedo exagerado a equivocarse.
- Deseo innecesario por complacer, por el que no se atreve a decir NO, por miedo a desagradar y a perder la buena opinión del peticionario.

- 
- Perfeccionismo, autoexigencia esclavizadora de hacer "perfectamente" todo lo que intenta, que conduce a un desmoronamiento interior cuando las cosas no salen con la perfección exigida.
 - Culpabilidad neurótica, por la que se acusa y se condena por conductas que no siempre son objetivamente malas, exagera la magnitud de sus errores y delitos y/o los lamenta indefinidamente, sin llegar nunca a perdonarse por completo.

- 
- Hostilidad flotante, irritabilidad a flor de piel, siempre a punto de estallar aún por cosas de poca importancia, propia del supercrítico a quién todo le sienta mal, todo le disgusta, todo le decepciona, nada le satisface.
 - Tendencias defensivas, un negativo generalizado (todo lo ve negro: su vida, su futuro y, sobre todo, su sí mismo) y una inapetencia generalizada del gozo de vivir y de la vida misma



Inadecuada autoestima

- Desprecia sus dotes
- Se deja influir por los demás
- No es amable consigo misma
- Se siente impotente
- A veces actúa a la defensiva
- Dice tener la autoestima bien alta sin que nadie le pregunte.
- A veces culpa a los demás por sus faltas y debilidades
- No se quiere y no respeta su cuerpo
- A veces se hace daño a sí mismo
- No le importa su entorno
- Se siente despreciado
- Se siente menos que los demás
- Suelen buscar pretextos por sus errores




Buena autoestima

- Alguien con una buena autoestima no necesita competir, no se compara, no envidia, no se justifica por todo lo que hace, no actúa como si "pidiera perdón por existir", no cree que está molestando o haciendo perder el tiempo a otros, se da cuenta de que los demás tienen sus propios problemas en lugar de hecharse la culpa "por ocasionar molestias".



Adecuada autoestima

- Asume responsabilidades
- Se siente orgulloso de sus éxitos
- Afronta nuevas metas con optimismo
- Se cambia a sí misma positivamente
- Se quiere y se respeta a sí misma
- Rechaza las actitudes negativas
- Expresa sinceridad en toda demostración de afecto
- Se siente conforme consigo misma tal como es
- No es envidiosa.
- Se ama a sí mismo.



Características de la autoestima positiva

- Cree firmemente en ciertos valores y principios, está dispuesto a defenderlos aún cuando encuentre fuerte oposiciones colectivas, y se siente lo suficientemente segura como para modificar esos valores y principios si nuevas experiencias indican que estaba equivocada.
- Es capaz de obrar según crea más acertado, confiando en su propio juicio, y sin sentirse culpable cuando a otros le parece mal lo que halla hecho.
- No emplea demasiado tiempo preocupándose por lo que halla ocurrido en el pasado, ni por lo que pueda ocurrir en el futuro.
- Tiene confianza por su capacidad para resolver sus propios problemas, sin dejarse acobardar por los fracasos y dificultades que experimente.

- Se considera y realmente se siente igual, como persona, a cualquier otra persona aunque reconoce diferencias en talentos específicos, prestigio profesional o posición económica.
- Da por supuesto que es una persona interesante y valiosa para otros, por lo menos para aquellos con quienes se asocia.
- No se deja manipular por los demás, aunque está dispuesta a colaborar si le parece apropiado y conveniente.
- Reconoce y acepta en sí mismo una variedad de sentimientos e inclinaciones tanto positivas como negativas y está dispuesta a revelarlas a otra persona si le parece que vale la pena.



- Es capaz de disfrutar diversas actividades como trabajar, jugar, descansar, caminar, estar con amigos, etc.
- Es sensible a las necesidades de los otros, respeta las normas de convivencia generalmente aceptadas, reconoce sinceramente que no tiene derecho a mejorar o divertirse a costa de los demás.

Las afirmaciones positivas

- Realizo mis elecciones y acciones con responsabilidad y sin temor.
- Solo yo decido el modo como utilizo mi tiempo, pongo límites a quienes no respetan esto, hago acuerdos para combinar mi tiempo con el de otros sin someterme.
- Me aplico a mi trabajo con responsabilidad pero, si algo no va bien, no es porque yo sea un fracaso sino que todavía tengo que aprender más.
- Me hago responsable del modo cómo trato a los demás y evito repetir lo que a mí me hizo sufrir.
- Tengo confianza en poder resolverlo mejor posible cualquier situación.
- Aprendo a comunicar mis sentimientos y respeto los de otros.
- Cambio mis opiniones sin temor si me doy cuenta que no eran correctas.
- Soy una persona valiosa, capaz, creativa y estoy abierta para cambiar todos los aspectos de mi vida.

Como reforzar tu autoestima


- Lo fundamental que debes hacer para reforzar y/o aumentar tu autoestima es "Aprender a Quererte a ti mismo".
- Comienza por aceptarte tal como eres, en lugar de querer ser lo que otros quieren que tu seas.
- Identifica cuales son tus creencias y quien te las inculcó. Esta será la base para tu autoconocimiento, basado en esto podrás realizar la reingeniería de tu vida. Haz un listado de todas tus creencias y desecha aquellas que te frenen.

- Cambia tu punto de referencia sobre los hechos de tu pasado. Muchas veces vivimos atormentándonos con hechos del pasado que nos causaron algún dolor. Cambiando tu punto de referencia, cambiará tu punto de vista. Si eres capaz de cambiar tu punto de vista, no podrás cambiar tu pasado, pero si la interpretación que tienes de él.
- Cultiva tus Fortalezas, en vez de concentrarte en tus debilidades y te sorprenderá el poder que tienes para crear tu realidad. La mejor manera de liberarte de tus defectos es aumentar tus cualidades, ya que los defectos se diluirán en ella.

- Está atento al lenguaje que empleas, siempre utiliza habla en positivo, reafirmando las fortalezas que ya tienes e incorporando a tu personalidad atributos que desees tener.
- Libérate de rencores. El rencor es una carga muy pesada, que te hace infeliz y te impide avanzar, por lo que desde hoy en adelante hazte la firme meta de perdonar y olvidar todas las ofensas que has recibido.
- Aprende a decir SI, cuando quieras decir Si y NO cuando quieras decir NO. Ya que cada vez que dices Si cuando quieres decir No, muere una parte de ti.

- Cultiva el hábito de tener confianza en ti mismo, ten confianza en tus propias opiniones, hazlo de una forma positiva y realista, sin creerte lo mejor, pero pudiendo serlo.
- Haz cosas que no se te den bien, pero que te diviertan. Para romper los esquemas de conducta perfeccionista, ayuda realizar tareas en las que no importa el resultado. Dedicarse, por ejemplo, a cantar o dibujar acaba con la ansiedad y la necesidad de hacerlo todo bien.

- Cultiva tu sentido del humor, y no le des importancia a las cosas que no las tienen. No todo el mundo está pendiente de ti y, la mayoría de las veces, aquello que nos parece importante no tiene relevancia para el resto. Reírse de las cosas es muy saludable.
- No te evalúes por una actuación determinada. Es importante saber separar los hechos del valor que tenemos como seres humanos. Cualquiera tiene derecho a equivocarse. Por ejemplo, hacer el ridículo en una fiesta no tiene nada que ver con nuestra valía personal.

- 
- A decorative header consisting of five circles in a row. From left to right: a solid light green circle, an outlined light green circle, a solid light green circle, an outlined light green circle, and a solid light green circle.
- No huyas de las responsabilidades, acéptalas como un reto. Toma decisiones como un ejercicio de entrenamiento y, si algo sale mal, ten el coraje de volver a intentarlo. Nadie esta libre de equivocarse y, si se cierra una puerta, se abrirá otra.
 - Prémiate por tus logros, márcate pequeños objetivos y hazte un regalo por haberlos conseguido. Esta técnica te enseñará a valorar tus triunfos y a alegrarte por ellos.
 - Ejercita tu cuerpo

Sesión 7

A decorative graphic consisting of five circles arranged in two rows. The top row has three circles: one outlined light green circle on the left, and two solid light green circles on the right. The bottom row has three circles: two solid light green circles on the left, and one outlined light green circle on the right.

SESION #7

El problema...

La orientación positiva al problema puede dar lugar a:

- 1. Ver los problemas como retos.
- 2. Ser optimista en el sentido de que los problemas tienen solución
- 3. Percibir que se tiene una fuerte capacidad para enfrentar los problemas.
- 4. Estar dispuesto a invertir tiempo y esfuerzo en su solución

Una orientación negativa al problema implica ver los problemas como amenazas.

- 1. Creer que son insolubles.
- 2. Dudar de la propia habilidad para solucionarlos.
- 3. Frustrarse y estresarse cuando se encuentran frente a un problema.

Alternativas para la solución de problemas

- Modele conductas
- Ofrezca opiniones
- Ignore conductas
- Guíe conductas

SER CREATIVOS

- Imaginemos un objeto ha de tener distintos usos si lo imaginamos en contextos diferentes; es ahí cuando se abren inmensas posibilidades.
- Ocurre que el bloqueo a la creatividad pasa por pensar al objeto en cuestión dentro de un único marco de referencia. Al poder combinar distintos marcos de referencia, crear contextos nuevos y descubrir conexiones, más cerca se estará de producir un avance en la creatividad
- Nuevas categorías aportan una percepción distinta de la habitual al problema en cuestión, y por ende, produce soluciones nuevas.

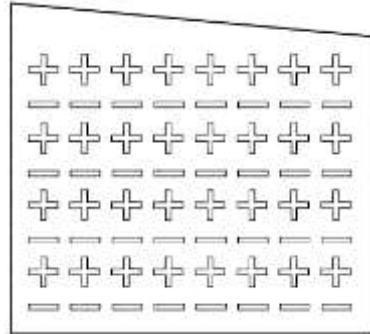
Nuestra sociedad está cada vez más necesitada e interesada en la creatividad y en tener cada vez más pensadores creativos que ayuden a cambiar el mundo o que sea visto desde otra perspectiva.

El entrenamiento en creatividad ha sido desarrollado a partir de 1950

Eduardo de Bono dice que resolver muchos problemas requiere puntos de vista frescos, los que no son ordinarios ni lógicos. El propone un modelo del "pensamiento lateral", que hace que nos movamos lateralmente para ver el problema de distintas formas que hagan posible el surgimiento de nuevas soluciones o alternativas.

Considera que la forma en que percibimos y agrupamos las ideas tiene que con la solución que le damos a los problemas.

¿Qué es lo que ve en el siguiente gráfico?



Observalo tan solo un momento

Pensador lineal


Se detiene en la figura que ve primero y usa ese esquema como solución. Por lo general se limita a soluciones convencionales porque su percepción le permite esas. El pensador lineal suele ver las líneas horizontales, de cruces y guiones (+++ o ---).

Pensador lateral

Trata de percibir varias figuras antes de abocarse a la solución del problema. El pensador lateral identifica naturalmente las líneas verticales, los símbolos intercalados (+ - + -).

Técnica de los seis sombreros

En ella se debe contar efectivamente con seis sombreros de distintos colores, a los que se le define ciertas modalidades de razonamiento o comportamiento mental. Las personas, al ponerse uno u otro sombrero, deben comportarse de acuerdo al mandato que cada uno determina. Esto obliga a las personas a salirse de sus pautas habituales de posicionamiento mental, y explorar otros nuevos.

- 
- Situación #1: el aborto
 - Situación #2: el que un niño robe
 - Situación #3: drogas
 - Situación #4: hablar sobre una nueva enfermedad a mi familia

Seis sombreros

<p>Sombrero blanco. (papel blanco, neutro, transmisor de información) Se ocupa de hechos objetivos y de cifras</p>	<p>Sombrero rojo (calor, fuego, ira, emociones) Otorga permiso para expresar sentimientos e intuiciones, da el punto de vista emocional</p>	<p>Sombrero negro (juez severo, que sanciona con dureza a los que actúan mal). Cubre los aspectos negativos; por qué algo no se puede hacer. Produciendo un efecto depresivo, de gran negatividad.</p>
<p>Sombrero amarillo. (La luz del sol, alegre y positivo). Optimismo, visión lógica y positiva de los hechos. Busca la factibilidad y una manera de actuar. Es optimista y cubre la esperanza y el pensamiento positivo.</p>	<p>Sombrero verde. (Vegetación y crecimiento abundante). Es el de las ideas nuevas que crecen. Las alternativas adicionales. Otras posibilidades e hipótesis. Provocación y movimiento. Pide el esfuerzo creador. Indica creatividad e ideas nuevas.</p>	<p>Sombrero azul. (El cielo, una visión amplia, panorámica). Pide la visión abarcante, la totalidad de los aspectos considerados, es holístico. Se ocupa del control y la organización del proceso del pensamiento. También del uso de los otros sombreros.</p>

Sesión 8

SESION #8