

5  
2e



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
"ZARAGOZA"

## PERFIL PSICOLOGICO DEL PACIENTE CON HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL A TRAVES DEL M. M. P. I.

### T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE :  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N :

JUAREZ TORO G. PATRICIA  
SANCHEZ RODRIGUEZ MARTHA MA.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**"Perfil Psicológico del Paciente con Hipertensión  
Arterial Esencial a través del MMPI"**

Página

Resumen

<b>I. HIPERTENSION ARTERIAL</b>	
A. DEFINICION.....	14
B. ETIOLOGIA .....	18
1. Dietéticos.....	18
2. Hábitos: tabaco, café y alcohol.....	19
3. Estrés .....	20
4. Historia Familiar de la Hipertensión.....	22
C. ASPECTOS PSICOLOGICOS .....	22
D. TRATAMIENTO .....	29
1. Tratamiento Farmacológico .....	29
2. Tratamiento No Farmacológico .....	32
a) Tratamiento con Relajación .....	33
b) Psicoterapia.....	34
c) Retoalimentación Biológica (RAB).....	35
E. RELEVANCIA SOCIAL .....	36
CONCLUSIONES .....	42
<b>II. EVALUACION PSICOLOGICA DEL PACIENTE CON HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL</b>	
A. INSTRUMENTOS DE EVALUACION .....	44
B. ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL .....	47

1. Antecedentes .....	47
2. Definición y Efectividad .....	49
3. Terapia Multimodal .....	50
a) Dimensiones de la Evaluación Multimodal...	53
b) Instrumentos Auxiliares en la Evaluación Multimodal.....	57
1. HISTORIA CLINICA MULTIMODAL .....	58
2. INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK.....	60
3. INVENTARIO DE AFIRMATIVIDAD DE GAMBRILL Y RICHEY .....	61
4. INVENTARIO DE IDEAS IRRACIONALES (IBT).....	62
5. INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD.....	63
CONCLUSIONES .....	67

### III. METODO

1. Tipo de estudio .....	69
2. Sujetos .....	69
3. Escenario .....	70
4. Instrumentos .....	70
5. Procedimiento .....	70

### IV. RESULTADOS

1. DATOS DEMOGRAFICOS .....	72
2. INSTRUMENTOS .....	73
a) HISTORIA CLINICA DE LAZARUS .....	74
b) INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK .....	82
c) INVENTARIO DE IDEAS IRRACIONALES .....	83

d) INVENTARIO DE AFIRMATIVIDAD .....	85
e) INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD....	87

**V. ANALISIS Y CONCLUSION DE RESULTADOS**

1. ALCANCES Y LIMITACIONES DEL TRABAJO .....	91
2. ANALISIS MULTIMODAL .....	92
3. LIMITACIONES DE LOS INSTRUMENTOS CONDUCTUALES....	102
4. NIVELES DE PREVENCION .....	102
5. PROPUESTAS PARA FUTURAS INVESTIGACIONES .....	105

**VI. BIBLIOGRAFIA .....**

106

**VII. TABLAS.....**

125

A través de una evaluación Cognitivo-Conductual y específicamente Multimodal, se evalúan 25 Ss. femeninos diagnosticados con Hipertensión Arterial Esencial para determinar un perfil psicológico integral que fuera común a ellos, así como el comparar este tipo de evaluación con una de tipo rasgo a través del MMPI.

Los resultados muestran que mientras la evaluación Tradicional aporta rasgos generales, la evaluación Multimodal especifica cada una de las conductas a través de análisis funcionales y la obtención de puntajes tanto cuantitativos como cualitativos de variables cubiertas como encubiertas en la conformación de un perfil integral (BASIC ID) bajo el modelo de A. Lazarus.

La hipertensión es un padecimiento crónico de gran relevancia social por múltiples razones.

Está considerada como una de las enfermedades más frecuentes, pues afecta del 15 al 20% de la población adulta (Chávez, 1984), es un trastorno cuya prevalencia tiende a incrementar día con día, es asintomática en sus etapas iniciales, por lo que desgraciadamente en una gran cantidad de casos sólo es detectada hasta que se manifiestan los síntomas y complicaciones que amenazan la vida, tales como los accidentes cerebrovasculares, coronariopatías, insuficiencia cardíaca, etc. (Villarreal, 1976). Es un padecimiento controlable pero no curable, que de no ser tratado oportuna y adecuadamente reduce la expectativa de vida hasta en 10 ó 15 años y por lo tanto constituye un importante riesgo de muerte (Chávez, 1984).

La hipertensión también tiene serias repercusiones económicas, pues el costo de la terapéutica de este trastorno es muy alto por cada año de aumento de esperanza de vida. Este problema de salud no sólo afecta a una importante cantidad de personas económicamente activas generando serias pérdidas como consecuencia de incapacidades, días de trabajo perdido, etc., sino que también afecta a una gran cantidad de personas que no desempeñan trabajos remunerados económicamente y que tienen serios problemas para poder comprar sus medicamentos, constituyendo esto uno de los frecuentes motivos por lo que las personas suspenden su tratamiento.

Ahora bien, del 100% de los casos de hipertensión reportados,

el 95% corresponden a la categoría de primaria o esencial (Chávez, 1984) es decir, a aquellas en las que en la etiología no existe ninguna lesión orgánica o trastorno específico demostrable que las esté generando (Alcocer y González, 1977), pero en las que se considera juegan un papel muy importante los aspectos psicológicos del paciente.

Por esto ha surgido la inquietud y la imperiosa necesidad de investigar cuál es el rol que desempeñan los aspectos psicológicos en el origen, desarrollo y mantenimiento de este trastorno.

Ante esto, el objetivo del presente trabajo consiste en determinar si existe un perfil psicológico común del paciente con Hipertensión Arterial Esencial que esté constituyendo un factor de riesgo para que se desarrolle y mantenga el trastorno, esto determinado a través de una evaluación Cognitivo-Conductual y específicamente Multimodal.

En esta investigación se evaluaron 25 pacientes y el tipo de estudio realizado fue *ex post facto*, porque no se contó con hipótesis, debido a que no se quiso prejuzgar la relación entre ciertas características psicológicas y la hipertensión, exploratorio porque no se manipularon variables; y de campo porque la evaluación se realizó en un consultorio.

Ahora bien, se considera que el encontrar un perfil psicológico característico de estos pacientes podría tener importantes implicaciones a nivel de prevención primaria y tratamiento, ya que en el primero el psicólogo podría detectar posibles candidatos a



desarrollar este trastorno e intervenir, y en el segundo podría trabajar junto con el médico especialista para minimizar los efectos que el manejo de las emociones tiene sobre el padeciente.

#### Antecedentes

En realidad han sido muchos los trabajos que han relacionado ciertas características psicológicas a determinados niveles de presión sanguínea. Entre los trabajos más recientes se encuentran los realizados por van Doornen (1980), Pontaine y Boisvert (1982), Santonastaso, Canton, Ambrosio y Zamboni (1984), Gerardi, Blanchard y Andrasik (1985), McCranie, Watkins, Brandama y Sisson (1986), etc. Los instrumentos de evaluación psicológica empleados para estos fines han sido el Inventario de Depresión de Beck, Ward, Mendelsohn, Mock y Erbaugh (1961), el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (Spielberg, Gorsuch y Lushene, 1970), el Inventario de Hostilidad (Buss y Durkee, 1957), la Escala de Reajuste Social (Holmes y Rahe, 1967), la Escala de Actividad (Jenkins, 1968), la Escala de Lista de Afirmaciones "RSL" (Dijl, 1978), el MMPI (Núñez, 1979), etc.

Sin embargo cuando se revisa la literatura existente con respecto a las características psicológicas relacionadas a la hipertensión, uno se percató de que muchas de estas carecen de un soporte empírico suficiente, que muchas de ellas son presentadas en aislado y que muy pocos estudios (entre ellos el de Ozorio y Rios, del cual se hablará más adelante) han intentado determinar

si existe o no un perfil psicológico o de personalidad común a estos pacientes.

Ahora bien, aún cuando no se dispone de antecedentes multimodales como sistema de evaluación que vayan encaminados a determinar dicho perfil en el hipertenso, si se dispone del trabajo de tesis de Ozorio y Rios (1986) titulado "Características de Personalidad del Paciente con Hipertensión Arterial Esencial" y en el que las autoras intentaron determinar: a) si existe un perfil de personalidad común a estos pacientes, b) la posible existencia de una relación entre la hostilidad y la hipertensión y c) encontrar si en la historia de los pacientes se presentan relaciones parentales percibidas como amenazantes.

Para alcanzar sus objetivos las autoras conformaron una muestra de 26 personas, 13 pacientes hipertensos esenciales (5 mujeres y 8 hombres) y 13 personas que constituyeran el grupo control y que no padecían dicho trastorno (6 mujeres y 7 hombres).

El modelo teórico adoptado fue el de tipo rasgo, y los instrumentos de evaluación utilizados fueron una entrevista semidirigida y el MMPI.

Entre las características psicológicas encontradas a través del MMPI en los pacientes hipertensos que resultaron ser comunes a hombres y mujeres, se reportó que al parecer son personas que reconocen que tienen problemas y que no se sienten capaces de resolverlos sin ayuda. Tienen un concepto devaluado de sí mismos, son inseguros, insatisfechos, presentan muchas quejas somáticas,

son dependientes y muestran una gran necesidad de afecto y aprobación.

Con base en los resultados de esta investigación, las características psicológicas de los pacientes hipertensos hombres y mujeres parecen ser muy similares.

Con respecto a las características de los normotensos, se encontró que estos reconocen tener problemas, pero que se sienten capaces de resolverlos. Que son personas agradables, que pueden establecer relaciones interpersonales aunque a nivel superficial, que son impulsivos, emprendedores y con capacidad para alcanzar lo que se proponen.

Haciendo una comparación de las características encontradas, Ozorio y Rios llegan a la conclusión de que existen características psicológicas que distinguen al paciente hipertenso del normotenso, así como una relación entre la represión del enojo y la hipertensión. Con respecto a este último punto, ellas encontraron que estos pacientes ante una situación cotidiana en que sintieran atropellados sus derechos no harían reclamación alguna, que tienden a ser sumisos, pasivos y a no reconocer sus impulsos hostiles. Finalmente se encontró que la frecuencia de la respuesta que indicaba que durante la infancia de estos pacientes se les castigaba por manifestar su enojo fue significativamente mayor que en los normotensos.

Ahora bien, aún cuando el trabajo de Ozorio y Rios es muy valioso se consideró que el emplear un enfoque tipo rasgo tiene importantes limitaciones, ya que proporciona información con

respecto a tendencias de comportamiento o rasgos sin proporcionar información específica de esas características psicológicas.

Otra de sus desventajas consiste en el empleo de una entrevista semidirigida, en la cual las autoras hacen preguntas que parecen sugerir las respuestas, por lo que están tratando de encontrar lo que buscan, y finalmente sólo se basan en la entrevista y el MMPI como medios de evaluación.

Ante esto se propone investigar si existe un perfil psicológico característico de estos pacientes pero a través de una evaluación Cognitivo-Conductual y específicamente Multimodal. Además se propone una historia clínica (la cual es posible considerarla como punto de partida para una entrevista estructurada) y varios instrumentos de evaluación psicológica, lo que permite obtener información específica acerca de las conductas en cuestión.

El marco teórico de este trabajo está constituido por 2 capítulos que son: a) Hipertensión Arterial y b) Evaluación Psicológica del Paciente con Hipertensión Arterial Esencial.

En el primer capítulo se describe en qué consiste este trastorno, su relevancia social, etiología y aproximaciones terapéuticas. En el capítulo segundo se revisa la bibliografía reciente enfocada a evaluar las características del paciente hipertenso y que contara con instrumentos de evaluación psicológica con la finalidad de establecer las ventajas de efectuar una evaluación cognitivo-conductual y específicamente Multimodal.

## CAPITULO I

### HIPERTENSION ARTERIAL.

En este capítulo se aborda a la Hipertensión Arterial Esencial como un problema de Salud Pública. Se destaca la relevancia social del trastorno, así como los factores que se considera constituyen un riesgo para padecer éste, poniendo especial atención en las características psicológicas que de acuerdo a diversos autores se encuentran presentes en los pacientes hipertensos, y finalmente se expone de manera breve las aproximaciones terapéuticas de la Hipertensión Arterial.

#### A. DEFINICION

Fisiológicamente la Hipertensión Arterial (HA) se define como "la exageración nociva de la fuerza que impulsa a la corriente sanguínea en el proceso de perfusión<sup>1</sup> a los tejidos (Villarreal, González, Méndez, Sánchez y Serrano, 1976).

De acuerdo a su etiología ésta ha sido dividida en dos grupos:

- a) La Secundaria u Orgánica, y
- b) La Primaria, Esencial o Idiopática.

<sup>1</sup> Perfusión: Circulación en un órgano de un líquido de composición apropiada para mantener las funciones fisiológicas.

Se ha definido como Hipertensión Secundaria (HS) a la elevación de la presión arterial debido a alguna causa identificable y potencialmente curable entre las que se encuentran: la coartación de la aorta<sup>2</sup>, anomalías renovasculares<sup>3</sup>, aldosteronismo primario<sup>4</sup>, síndrome de Cushing<sup>5</sup>, feocromocitoma<sup>6</sup>, y la debida a anticonceptivos y corticoterapia.

La Hipertensión Arterial Esencial (HAE) es aquella en la que la presión arterial en reposo puede elevarse como consecuencia de algún defecto de la homeostasis, sin ninguna lesión orgánica o trastorno funcional específico demostrable (Alcocer y González, 1977).

Ahora bien, de acuerdo a Chávez (1984) no se puede establecer una línea divisoria entre normotensión e hipertensión debido a que la presión arterial es una variable continua que depende de la edad, el medio ambiente (zonas urbanas vs rurales), la labilidad

- 2 Coartación de la Aorta: Estrechamiento de la aorta y constricción de la luz de la aorta.
- 3 Anomalías Renovasculares: Tales como el estrechamiento de la arteria renal o la presencia de algún tumor secretor de renina.
- 4 Aldosteronismo Primario: Síndrome producido por la secreción de cantidades excesivas de aldosterona debida a una hiperfunción autónoma de la corteza suprarrenal. Aldosterona: hormona responsable de la retención de sodio y excreción de K (potasio).
- 5 Síndrome de Cushing: Abarca a una gama de enfermedades (Hiperplasia adrenal bilateral, adenoma benigno de las adrenales, hipercortisolismo ectópico. En sí es una hiperproducción de cortisol.
- 6 Feocromocitoma: Tumor de tejido feocromo que se localiza en la glándula suprarrenal o en su vecindad; en la médula de la glándula o a lo largo de la cadena ganglionar simpática.

neuroendócrina del individuo, la variabilidad circadiana, etc. Sin embargo, aún cuando es difícil fijar el nivel crítico de hipertensión, reviste importancia hacerlo dado que las cifras más bajas a las más altas aumenta el riesgo de accidente cerebrovascular<sup>7</sup> y la esperanza de vida disminuye. Así de acuerdo a los niveles de tensión se puede hablar de:

- a) Normotensión.- Que corresponde a los niveles de 130/80 mm Hg., aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS) las fija convencionalmente en el adulto en cifras de hasta 140/90.
- b) Hipertensión Arterial Fronteriza o Prehipertensión.- Que corresponde a niveles de 90 a 95 mm Hg. para la diastólica y de 140 a 160 para la sistólica. Y,
- c) Hipertensión Arterial Establecida o Sostenida.- Que se caracteriza por cifras convencionalmente aceptadas por la OMS, de más de 95 mm HG. para la diastólica y más de 160 para la sistólica.

A su vez, la hipertensión establecida ha sido dividida de acuerdo a la OMS, en dos tipos:

- a) Variedad Genuína.- En la que está elevada la diastólica y con ello la sistólica y la media<sup>B</sup>. Y,
- b) Variedad Puramente Sistólica.- En que sólo aumenta la sistólica y no la diastólica, de modo que es menor el

<sup>7</sup> Accidente Cerebrovascular: Tales como trombosis, embolia, o hemorragia cerebral.

<sup>B</sup> Presión Arterial Media. Es el valor medio de la presión en todo el ciclo de presiones del pulso.

aumento de la media.

En lo que se refiere a la magnitud de las cifras de tensión, la OMS., ha calificado a la hipertensión establecida como:

- a) Leve, con diastólicas entre 95 y 104,
- b) Moderada, de 105 a 120. Y,
- c) Severa, con cifras diastólicas superiores a 120 (Chávez, 1984).

Ahora bien, de acuerdo a Anthony y Thibodeau (1983), desde el punto de vista clínico, la presión diastólica es más importante que la sistólica ya que ésta se refiere a la presión o esfuerzo a que están sometidas constantemente las paredes de los vasos sanguíneos además de manifestar el estado de los vasos periféricos, pues la presión diastólica sube o baja con la resistencia periférica.

En lo que se refiere a los síntomas de la hipertensión, éstos pueden dividirse en dos grupos; los que están directamente relacionados con la elevación de la presión y aquellos que dependen de la presencia de complicaciones.

Dentro de los síntomas propios de la hipertensión se encuentran de acuerdo a González y Alcocer (1982):

- Dolor de Cabeza: Frecuentemente occipital (sensación de pesantes en la nuca) y de aparición matutina.
- Vértigo: Muy leve, de larga duración, acompañado pocas veces por náuseas o vómito sin relación con los movimientos de la cabeza.



- Acúfenos<sup>9</sup>: Bilaterales de poca intensidad y larga duración.
- Epistaxis<sup>10</sup>: Frecuentemente bilateral y abundante.
- Hemorragia Subconjuntival<sup>11</sup>: Unilateral de aparición nocturna, abarca toda la conjuntiva, no causa dolor ni otra molestia y se reabsorbe de 4 a 7 días sin dejar secuelas.

En cuanto a los síntomas relacionados con la aparición de complicaciones, éstos dependen del terreno afectado y pueden referirse a la esfera cerebral, cardíaca, renal, etc.

Sin embargo, es necesario mencionar que la principal característica de la hipertensión durante sus etapas iniciales es precisamente su falta de síntomas (González y Alcocer, 1987).

## B. ETIOLOGIA

Como se mencionó anteriormente la etiología de la Hipertensión Arterial Esencial es desconocida o no ha sido aclarada. Sin embargo, existen una serie de factores de riesgo que parecen influir en el desarrollo y mantenimiento de ésta. Estos factores son genéticos, dietéticos, conductuales, etc.

### 1. Dietéticos

Hay evidencia de que una dieta elevada en sodio, grasas, colesterol y baja en potasio, magnesio, vegetales y fibras se

9 Acúfenos: Zumbido de oídos

10 Epistaxis: Hemorragia de las fosas nasales

11 Hemorragia Subconjuntival: salida más o menos copiosa de sangre por ruptura de vasos situados por debajo de la conjuntiva.

asocia a niveles altos de depresión sanguínea.

Una dieta elevada en sodio ha sido relacionada ampliamente a la hipertensión.

Muchas investigaciones entre ellas las de McGregor, Markandu, Best y Cols., (1982), Parfrey, Markandu, Roulston, Jones y McGregor (1981) y Watt, Edwards, Har, Waltos y Fay (1983), apoyan la hipótesis de que una dieta baja en sodio se asocia a un decremento en la presión sanguínea.

## 2. Hábitos: tabaco, café y alcohol

De la misma manera ciertos hábitos tales como el tabaquismo y el consumo de cafeína se asocian a un incremento inmediato de la presión sanguínea. Sin embargo de acuerdo a Bell y Symon (1979) y Robertson, Hollister, Kincaid y cols., (1984), estos hábitos no se asocian a una presión sanguínea elevada de manera persistente o a un incremento en la frecuencia de la hipertensión.

Con respecto al alcohol, Cooke, Frost y Stokes (1983) han hablado de una relación lineal y progresiva entre el consumo de éste y la presión sanguínea. Estudios epidemiológicos tales como los de Hennekens (1983) han mostrado que quienes consumen más de 60 a 80 gramos de etanol por día tienen una prevalencia significativamente más elevada de hipertensión.

Análisis estadísticos de Friedman, Klatsky y Slegelaub (1982) y MacMahon, Blaicet, MacDonald y Wall (1984) indican que del 5 al 11% de la hipertensión en hombres ha sido atribuida al consumo de

alcohol y que cuando se suspende la ingesta de éste la presión sanguínea tiende a decrementar.

### 3 Estrés

El estrés es otro factor ampliamente relacionado a la enfermedad física, muerte repentina y desórdenes cardiovasculares e hipertensivos. Algunas de las investigaciones que reportan esto son: Buell y Eliot (1979) y Ratkin y Struening (1976).

A la fecha hay una gran ambigüedad con respecto al significado del término estrés.

Ader (1980) argumenta que la palabra estrés ha acabado por utilizarse (implícitamente por lo menos) como una explicación dada a estados psicofisiológicos alterados. Por su parte Lazarus (1966) sugiere que el estrés sea tratado como un concepto organizador utilizado para entender un amplio grupo de fenómenos de gran importancia en la adaptación.

Ahora bien, Lavine, Weinberg y Ursin (1978) y posteriormente Lazarus y Folkman (1986) indican que al parecer no es sólo el estímulo o el entorno físico por sí mismos los que determinan el estrés, sino la evaluación cognitiva que el individuo hace de tales estímulos.

El concepto de evaluación cognitiva hace referencia de acuerdo a Lazarus y Folkman (1986) a los procesos de evaluación que median entre el afrontamiento y la reacción del sujeto. Esta evaluación puede ser de dos tipos: la primaria, la cual se

refiere a la evaluación que hace el sujeto de la situación estímulo y la secundaria, que alude a la evaluación de lo que debe y puede hacerse ante la situación, de la posible eficacia de la estrategia de afrontamiento y de las consecuencias de utilizar esa estrategia, así como de los factores que afectan tal mediación.

Desde este punto de vista no serán los mismos niveles de estrés los presentados cuando ante altas probabilidades de ser rechazado de un empleo un sujeto piensa que no saldrá bien de la entrevista, al que considera que es capaz de salir bien de ella y que hará todo lo posible por parecer el candidato adecuado.

Las consecuencias biológicas del estrés se concretan en el aumento de presión arterial, la frecuencia cardíaca, decremento en la actividad intestinal, mayor dilatación bronquial, vasoconstricción cutánea, etc.

Dentro de las diversas fuentes de estrés que existen se puede mencionar al generado como consecuencia de vivir en una sociedad industrializada, en una zona urbana y al laboral. De acuerdo a Cruz-Coke, Etcheverry y Nagel (1964), cuando la gente que vive en regiones relativamente aisladas emigra a centros urbanos el cambio social es a menudo acompañado por un incremento en la presión sanguínea. Asimismo la exposición constante a un estrés laboral ha sido asociado con una presión sanguínea elevada como consecuencia de las exposiciones constantes a ruidos industriales, la presión del tiempo asociada a la necesidad de cumplir fechas límites y compromisos a un paso acelerado.

Un aspecto que debe destacarse es el hecho de que de acuerdo a Shapiro y Goldstein (1982) el hipertenso es más reactivo que el normotenso ante los estímulos estresores y no sólo eso, sino que esa reacción es mucho más prolongada en los primeros que en los segundos.

#### 4. Historia Familiar de la Hipertensión

De acuerdo al reporte de la Task Force on Blood Pressure Control in Children (1977), la presencia de la hipertensión en uno de los padres, es riesgo primario para padecer hipertensión (Shapiro y Goldstein, 1982). Por su parte, Kaplan (1985) indica que los hijos de padres hipertensos tienen el doble de probabilidad de desarrollar hipertensión que los hijos de padres normotensos.

Asimismo, Falkner, Onesti, Angelakos, Fernández y Langman (1979) encontraron que los hijos de padres hipertensos exhibieron una presión sanguínea diastólica y tasa cardiaca más altas ante una tarea aritmética mental que el hijo de padres normotensos, lo cual apoya la hipótesis de que los individuos con una historia familiar de hipertensión esencial son predispuestos a exhibir una respuesta cardiaca vascular más amplia ante el estrés, que los individuos sin ésta.

#### C. ASPECTOS PSICOLOGICOS

Es bien sabido que los aspectos psicológicos tienen un correlato a nivel fisiológico observándose por ejemplo que ante

un estímulo psicológico nocivo se puede presentar vasoconstricción un decremento en el flujo sanguíneo renal y un incremento en el gasto cardiaco<sup>12</sup> (Shapiro, 1960).

Por lo tanto, los aspectos psicológicos son un factor de riesgo para el desarrollo, mantenimiento y agravación de la hipertensión.

Como sucede con otros trastornos psicossomáticos, la hipótesis de un tipo de personalidad específica entre los pacientes hipertensos ha sido acariciada pero no ha sido establecida. Sin embargo, de acuerdo a Shapiro (1960) existe un cierto patrón de conducta específico a estos pacientes y el cual se caracteriza por inseguridad, dependencia y una gran necesidad de amor y apoyo. Son personas que ante la privación de necesidades responden movilizand o una gran ansiedad y enojo, siendo este último reprimido entre consciente e inconscientemente por temor a perder el amor y seguridad que les es brindado. Así, lejos de expresar el malestar que experimentan, estas personas se presentan como agradables, obsequiosos y evitando siempre ofender a la gente.

Por muchos años la investigación psicológica con respecto a la hipertensión se centró en los conflictos psicológicos inconscientes.

Alexander (1939) describió la psicodinámica de los pacientes hipertensos en términos de un conflicto entre la hostilidad reprimida y las necesidades pasivo-dependientes (Cit. por Ploeg, Buuren Brummelen, 1985).

---

12. Gasto Cardiaco: El gasto cardiaco por minuto depende tanto de la frecuencia de las contracciones cardiacas por minuto como del volumen de sangre impulsado desde los ventrículos en cada latido.

Investigaciones más recientes también han asociado niveles altos de hostilidad en la incidencia y mortalidad de la enfermedad coronaria. Por ejemplo, Ploeg y cols. (1985) reportaron que los hipertensos obtienen puntajes más altos que los controles en la evaluación del enojo, que son personas fácilmente irritables y que tienden a reprimir la expresión del mismo.

Sin embargo, esto no ha sido apoyado por otros investigadores tales como: Baer, Collins, Bourianoff y Ketchel (1979); Cochrane (1973); Pilowsky, Spalding, Shaw y Korner (1983).

Pilowsky y cols. (1973) fracasaron en encontrar una relación positiva entre la hipertensión y la agresión y Cochrane (1973) alcanzó la misma conclusión en relación a la hipertensión y la hostilidad.

Otra característica psicológica que ha sido relacionada a la hipertensión es la neurosis. Varios investigadores (Sainsbury, 1960; 1964; Robinson, 1962; 1968 y Cochrane, 1969), han reportado que los hipertensos suelen ser más neuróticos que los normotensos.

Sim (1976), reportó que la tasa de muerte prematura en neuróticos es tres veces más alta que la de los no neuróticos, y Buell y Eliot (1979), mostraron que los rasgos neuróticos predisponen a sufrir enfermedades cardiovasculares.

La ansiedad y la depresión también han sido ampliamente relacionadas a la hipertensión.

En cuanto a la ansiedad, de acuerdo a Fontaine y Boisvert (1982) los pacientes ansiosos tienen una incidencia más alta que

la población general para sufrir desórdenes cardiovasculares y muerte repentina.

Noyes, Clancy, Hoentz y Slyman (1980) reportaron que en una muestra de 112 pacientes ansiosos la hipertensión arterial esencial se presentó en cerca del 25% de los casos. A su vez Heine (1971) encontró que la presión sanguínea se correlaciona con la ansiedad y la agitación en todas las personas.

Con respecto a la depresión, van Doornen (1980) reportó niveles altos de depresión en pacientes con alto riesgo de sufrir infarto al miocardio<sup>13</sup>. Asimismo reportó una tasa cardíaca alta en pacientes depresivos aún en periodos de descanso.

Por otro lado, información epidemiológica apoyó la noción de que el contenido de la comunicación puede influir en la presión sanguínea.

Wolff y cols. (1955) monitorearon la presión sanguínea en pacientes que discutían un tópico emocional con el médico, ellos encontraron que dependiendo del material discutido, la presión incrementa hasta en un 50% arriba de la línea base (Cit. por Ewart, Burnett y Taylor, 1983).

Los trabajos de otros investigadores indican que de acuerdo a Williams y cols. (1972), que el estilo de la entrevista puede ser más importante que el contenido de la misma. Así, cuando el médico hace una pregunta personal directamente, la presión diastólica del

---

<sup>13</sup> Infarto al Miocardio: Muerte de células del miocardio debido a riego sanguíneo insuficiente (isquemia).



normotenso e hipertenso incrementa significativamente más que cuando la pregunta se presenta impresa en un papel (Cit. por Ewart y cols. 1983).

De la misma manera, parece ser que la falta de habilidades sociales puede constituir un factor de riesgo importante para desarrollar niveles altos de presión sanguínea.

Harburg, Blakelock y Roeper (1979) han sugerido que la forma en que uno reacciona ante las dificultades puede tener consecuencias para la presión. Así, por ejemplo, no será la misma respuesta cardiovascular la presentada por un trabajador cuando recibe una llamada de atención injusta por parte de su supervisor enojado, y éste expresa sus puntos de vista con respecto a la situación, a la respuesta presentada por el trabajador cuando recibe el regaño sin decir una palabra.

Otra característica psicológica que también ha sido relacionada a la hipertensión es la alexitimia.

La alexitimia es un concepto psicológico que describe un estilo cognitivo en el que hay una incapacidad para traducir la vida emocional a significados racionales.

De acuerdo a Marty y M'Uzan (1963) (Cit. por Valdés y de Flores, 1985), el pensamiento del sujeto alexitímico es concretista y en él faltan la imaginación y las fantasías determinadas por los sentimientos y los impulsos. Son "verdaderos analfabetos emocionales" que responden al estrés somatizando y que no expresan su vida afectiva más que a través de accesos de emotividad incontrolada

(Nemaliah, Freyberger y Sifneos, 1976).

Osti, Trombini y Magnani (1980) observaron que los pacientes hipertensos despliegan puntajes más altos de alexitimia que los pacientes que no son hipertensos pero que sufren de patología cardiovascular.

A su vez, Santonastaso, Canton, Ambrosio y Zamboni (1984) evaluaron neuroticidad en pacientes hipertensos diagnosticados recientemente, hipertensos que ya habían sido diagnosticados anteriormente, comparando ambas poblaciones con un grupo de sujetos normotensos. Los resultados muestran que los hipertensos diagnosticados recientemente puntuaban más bajo que los normotensos para el total de la neuroticidad, ansiedad, depresión e inadecuación, pero no para la somatización. Los hipertensos diagnosticados anteriormente no difieren significativamente de los controles a excepción de la somatización. Así de acuerdo a Santonastaso y cols. (1984) parece ser que los hipertensos tienden a no reconocer o a reconocer en cantidad limitada aspectos de su funcionamiento psicológico con la tendencia a la somatización y que la conciencia de la enfermedad, duración y la necesidad de un tratamiento prolongado puede incrementar el insight del paciente en términos tanto somáticos como psicológicos.

Por último, el patrón de conducta tipo A, ha sido asociado a la enfermedad cardíaca coronaria y a problemas hipertensivos.

Las personas con este patrón de conducta han sido descritas como ambiciosas, competitivas e insatisfechas crónicamente con relación a sus logros, salario, economía y estilo de vida. Son

perfeccionistas, muy exigentes con las personas pero especialmente consigo mismos, además de presentar una gran tendencia a la dominación. Todo esto, aunado a su agresividad y a la excesiva actividad desempeñada induce al organismo a un estado de lucha permanente.

Algunos de los investigadores que apoyan la relación entre este patrón de conducta y la hipertensión son: Jenkins (1978), Mc Cranie (1986), Shapiro y Goldstein (1982), Ploeg (1985) y van Doornen (1980).

Todas las características anteriormente mencionadas, más un estilo de vida sedentario donde no se practica el ejercicio y un número reducido de pasatiempos o actividades recreativas se considera que constituyen factores de riesgo para que se presente y mantenga la hipertensión.

Finalmente, cuando se revisa la literatura existente respecto a la etiología o factores de riesgo de la hipertensión arterial esencial (Ewart y cols., 1983; Fontaine y Boisvert, 1982; Mc Cranie, Watkins, Brandsma y Sisson, 1986; Rocella, 1986; Shapiro, Schwartz, Ferguson, Redmond y Weiss, 1977; Shapiro y Goldstein, 1982; van Doornen, 1980), uno se percató de que realmente son muy pocos los factores de riesgo que disponen de una fuerte evidencia científica, mientras la evidencia de la gran mayoría se encuentra en un estado muy débil todavía.

#### D. TRATAMIENTO

En una enfermedad multifactorial como es el caso de la Hipertensión Arterial Esencial, es necesario incidir en la medida de las posibilidades en todos aquellos factores que se sabe constituyen un riesgo para desarrollar, mantener o agravar este trastorno.

Así se tiene que la aproximación terapéutica a la hipertensión puede ser dividida en dos:

- a) La Farmacológica, y la
- b) No Farmacológica.

##### 1. Tratamiento Farmacológico

Las bondades del tratamiento farmacológico de la HAE han quedado ampliamente demostradas en la práctica clínica, sus efectos tienden a reducir la presión arterial al reducir el gasto cardiaco, la resistencia periférica<sup>14</sup> o ambos, lo cual ha generado a su vez una disminución en la incidencia de los accidentes cerebrovasculares, deterioro renal y han aliviado o prevenido la insuficiencia cardiaca.

De acuerdo a Perloff (1982) los medicamentos antihipertensivos actualmente utilizados pueden clasificarse según el modo de acción

---

14 Resistencia Periférica: Es la resistencia al caudal sanguíneo impuesta por la fuerza de fricción entre la sangre y las paredes de sus vasos. La fricción se desarrolla en parte por la viscosidad de la sangre en parte por el diámetro pequeño de las arteriolas y los capilares.

en 3 grupos fundamentales:

- a) Los diuréticos<sup>15</sup>
- b) Los vasodilatadores<sup>16</sup> directos
- c) Los medicamentos que interfieren en el funcionamiento del Sistema Nervioso Simpático.

Sin embargo, una terapéutica antihipertensiva prolongada también puede producir daños, entre los que se encuentran los cambios sutiles del funcionamiento renal, la precipitación de manifestaciones clínicas de la gota, la hipokalemia<sup>17</sup> causante de arritmias, etc., y algunos otros efectos colaterales tales como mareos, náuseas, vómitos, diarreas, impotencia sexual, eyaculación retrógrada<sup>18</sup>, somnolencia, resequedad de la boca, estreñimiento, etc. (González y Alcocer, 1980; Perloff, 1982; Villarreal y cols., 1976).

Sus efectos secundarios pueden presentarse así en el área digestiva, ocular, cardiovascular, urogenital<sup>19</sup>, pulmonar y nerviosa.

- 15 Diuréticos: medicamentos de acción antihipertensiva. A través de ello se logra eliminar líquido del cuerpo.
- 16 Vasodilatadores: Estos medicamentos inhiben el tono vascular y disminuyen la resistencia periférica por acción directa sobre el músculo liso.
- 17 Hipokalemias: Se debe hablar de hipokalemia cuando el K plasmático esté por debajo de 3.0 siendo los límites de 3.0 a 3.2
- 18 Eyaculación Retrógrada: Eyaculación que se presenta antes de lo normal
- 19 Urogenital: Referente al Sistema urinario y genital.

Ahora bien, es necesario mencionar que una vez que se ha confirmado la presencia de hipertensión y dependiendo de los niveles de elevación de la presión arterial diastólica (PAD), Kaplan (1985) recomienda o no el empleo de un enfoque medicamentoso. Así se tiene que:

1. Los pacientes con PAD por arriba de 100 mm Hg, en particular si se acompaña de lesión del órgano blanco o por otros riesgos cardiovasculares, deberán ser tratados con medicamento.

2. Los pacientes con PAD menos de 100mm HG, sin enfermedad cardiovascular obvia u otros factores de riesgo, deberán ser estimulados a seguir buenos hábitos de salud durante 6 meses en tanto que son vigilados adecuadamente.

3. Si la PAD permanece por debajo de 100 mm Hg deberán tratarse sin medicamento y citarse por lo menos cada 6 meses para revisión. Y,

4. Si la PAD llega a 100 mm Hg, o permanece por arriba de esa cifra, deberán ser tratados con medicamentos antihipertensivos apropiados.

En la actualidad, gracias a los medicamentos antihipertensivos de que se dispone y al mejor conocimiento que se tiene de sus mecanismos de acción y de la interacción de esos productos, en la mayoría de los pacientes hipertensos es posible lograr una combinación de fármacos de tal manera que disminuya la presión arterial con un mínimo de efectos colaterales.

Sin embargo, un problema de esta forma de tratamiento lo

constituye la falta de adherencia terapéutica, la cual ha sido definida por el Dr. Puente Silva (1984), como "una situación en la que el paciente no sigue por alguna razón el programa terapéutico establecido por su médico o terapeuta para el manejo de una enfermedad o padecimiento" (p.2).

Algunos de los factores que determinan esta falta de adherencia son: esperas prolongadas en Centros de Salud con gran población, esquemas de tratamiento complicados, efectos colaterales del medicamento, su gasto excesivo, el miedo y la ignorancia acerca de los efectos de las drogas, así como la falta aparente de un síntoma asociado a la presión sanguínea elevada, etc. Cabe mencionar que estos puntos no son exclusivos de la hipertensión a excepción del último.

Finalmente se considera de fundamental importancia que antes de iniciar el tratamiento, el médico explique al paciente la naturaleza de su enfermedad, recalcando la necesidad de tomar sus medicamentos regularmente, asistir a las consultas programadas, así como explicarle los peligros que entraña la interrupción súbita de la medicación.

## 2. Tratamiento No Farmacológico.

Como se mencionó en el apartado de etiología, pocos de los factores de riesgo son los que disponen de un apoyo científico importante por lo que las recomendaciones que se hagan, solamente se circunscribirán a los factores cuya evidencia es fuerte. Así tenemos que se sugiere un decremento en la ingesta de sodio

(algunos de los alimentos ricos en este son: carnes saladas, jamón, chorizo, paté, mcrfadela), grasas (aguacate, queso, mantequilla), colesterol (mariscos, leche y sus derivados, en especial el queso y la mantequilla), en la cantidad de alcohol ingerido a unas 2 onzas por día, así como la reducción del peso corporal.

De la misma manera se recomienda un cambio en el estilo de vida sedentario por uno donde se practique el ejercicio.

A pesar de estas medidas se dispone de algunas técnicas psicológicas para el tratamiento de la hipertensión tales como la Relajación, la Psicoterapia y la Retroalimentación Biológica (RAB).

a) Tratamiento con relajación

La relajación ha sido empleada como herramienta o medio terapéutico en el tratamiento de una gran variedad de trastornos psicossomáticos, entre los que se puede mencionar a la ansiedad, el insomnio, la tensión muscular y la hipertensión arterial esencial (Rimm y Masters, 1984).

Esta aproximación incluye a la Meditación Zen, Trancendental, a la Relajación Hipnótica, al Entrenamiento Autogénico, Relajación Progresiva, etc.

Una serie de estudios entre los que se encuentran los de Agras, Schneider y Tailor (1984) y Hoelscher, Lichstein, Fischer y Hegarty (1987) han reportado que los niveles de presión sanguínea decremantan ante la relajación.

De acuerdo a Hess (1957), los métodos de relajación buscan



elicitar la calma y un estado hipometabólico llamado respuesta trofotrópica, sin embargo, aún cuando parece ser que la relajación produce efectos benéficos en el manejo de la hipertensión, se ha observado que la práctica en relajación tiende a decaer en las etapas iniciales de tratamiento, lo cual genera que la presión sanguínea regrese a los niveles basales (Cit. por Shapiro y cols. 1977).

Finalmente algunos investigadores tales como: Hoelscher y cols. (1987) apoyan el uso de la relajación como adjunto al manejo farmacológico de la HAE.

#### b) Psicoterapia

De acuerdo a Shapiro y cols. (1977) la psicoterapia tradicional, como un método para decrementar la presión sanguínea se deriva de 2 conceptos:

- 1) Si la ansiedad incrementa la presión sanguínea y ésta es aliviada por la psicoterapia, entonces, esta última debe decrementar la presión sanguínea.
- 2) Dado que el individuo hipertenso puede que no sea hábil para manejar los impulsos hostiles y agresivos, la terapia dinámica puede llevar a la resolución de tales problemas y entonces mejorar la presión sanguínea.

Reiser y cols. (1950) emplearon la psicoterapia de apoyo con 98 pacientes hipertensos. Se reportaron decrementos significativos en los niveles de presión sanguínea, mismos que dependía de los 3 niveles de intensidad de la psicoterapia de apoyo recibida (Cit.

por Shapiro y cols., 1977).

A su vez Mossees y cols. (1956) emplearon psicoterapia psicoanalítica. El decremento en la presión sanguínea se presentó en un lapso de 6 a 12 meses de terapia, y los pacientes hipertensos limítrofes se convirtieron en normotensos en un rango de 2 a 5 años (Cit. por Shapiro y cols., 1977).

Moses y cols. (1956) enfatizan que el psicoanálisis como modalidad terapéutica está limitada por su larga duración, la edad, la inteligencia del paciente, la severidad del proceso psiquiátrico y el grado de reversibilidad del estado somático.

Por lo tanto, la psicoterapia con orientación psicodinámica, tiene algunas cosas que ofrecer al manejo de la enfermedad hipertensiva. Esto incluye la aminoración de los síntomas, el enlentecer la progresión y el ajuste de la actitud del paciente a su medio ambiente y enfermedad (Shapiro y cols., 1977).

#### c) Retroalimentación Biológica (RAB)

Históricamente, el Sistema Nervioso Autónomo (SNA) fue considerado involuntario y no modificable a través del aprendizaje por ensayo y error, también denominado condicionamiento instrumental u operante (Miller, 1969).

Sin embargo, recientes investigaciones tanto en animales como en humanos han demostrado que cuando se proporciona información con respecto a un proceso fisiológico específico (Retroalimentación) y se brindan incentivos apropiados se pueden aprender a autorregular funciones tales como la tasa cardíaca, (Engel, 1972. Cit. por

Alcaraz, 1977); la tensión muscular (Budzynski, Stoyva y Adler, 1970; Carrobles, Cardona y Santacreu, 1981); la actividad electroencefalográfica (Sterman y Priar, 1972), la presión sanguínea, etc.

La RAB como aproximación terapéutica para la Hipertensión Arterial Esencial, tiene como meta la reducción de la presión sanguínea a niveles apropiados, lo cual se logra a través de retroalimentar al sujeto con respecto a los niveles de ésta, mediante el sistema de registro de los sonidos de Korotkoff a través de una modalidad sensorial (luz, sonido).

En un número importante de investigaciones se ha reportado que el tratamiento con RAB genera un decremento en los niveles de Tursky y Schwartz, 1971; Krisst y engel, 1975; Shapiro, Tursky, Gershon y Stern, 1969, etc.)

Sin embargo, en un análisis de 11 investigaciones referentes al condicionamiento de la presión arterial mediante técnicas de RAB, Flórez (1981) encontró que la magnitud del control de la presión sanguínea es variable y en muy pocos estudios se han encontrado cambios mayores al 20%. Con respecto a los seguimientos, éstos son muy breves, oscilando entre 1 y 4 meses, usualmente con permanencia de resultados.

#### E. RELEVANCIA SOCIAL

La Hipertensión Arterial, es una enfermedad de gran importancia por múltiples factores.

Está considerada como una de las más frecuentes en todo el mundo pues afecta del 15 al 20% de todos los adultos (Chávez, 1984; Kaplan, 1985).

Ahora bien, si se recuerda que la Hipertensión Arterial Esencial es aquella en la que se presentan niveles elevados de presión sanguínea sin ninguna lesión orgánica o trastorno funcional específico demostrable y si tomamos en cuenta que del 95% de todos los casos reportados de hipertensión son de este tipo (Chávez, 1984) nos encontramos ante un trastorno de elevada incidencia, cuyas causas no están aclaradas y que además está repercutiendo de manera importante en la vida de la gente.

Se sabe por ejemplo, que niveles elevados de presión sanguínea (PS) disminuyen hasta en un 10 ó 15 años la expectativa de vida. Así de acuerdo a Chávez (1984) un sujeto con presión arterial de 120/80, a los 35 años bien podrá vivir 75, mientras que el mismo individuo con una presión de 150/100 vivirá sólo 60 años.

Esta disminución en el promedio de vida también lleva a una morbilidad<sup>20</sup> seria como precipitante de graves enfermedades entre las que se encuentran a los accidentes cerebrovasculares, coronariopatías<sup>21</sup>, insuficiencia cardíaca<sup>22</sup> y deterioro renal.

De esta manera la Hipertensión constituye una importante causa de muerte, y es precisamente sobre los índices de mortalidad que los

20 Morbilidad: Número proporcional de personas que enferman en población y tiempo determinados.

21 Coronariopatías: Daño o lesión de las arterias coronarias.

22 Insuficiencia Cardíaca: Aparece insuficiencia cardíaca cuando el corazón no puede hacer circular la cantidad óptima de sangre que se requiere por el organismo.

programas de Salud Pública evalúan la gravedad del problema. Sin embargo, se considera más prudente alentar los estudios de prevalencia en la población.

En 1972, un grupo de investigadores del Instituto Nacional de Cardiología estudió una muestra de 602 varones. La misma fue obtenida de un total de 5000 obreros de la Ciudad de México. En su mayoría de 20 a 60 años de edad. El estudio reveló que el 17% de los individuos tenían cifras diastólicas de 100 mm Hg o mayores (Cit. por Chávez, 1980).

En otra investigación realizada en España en un ambiente laboral se encontró que de 15 555 personas estudiadas, el 15.5% tenían elevadas las cifras sistólicas, diastólicas o ambas (Kapado, 1982). A su vez en 1971 la hipertensión afectaba al 21% de los pacientes que ingresaron en el Instituto de Cardiología Hospitalario de Kampala en Africa (Patel, K.M. Cit. por Péne, 1982).

Sin embargo, el porcentaje de pacientes externos hipertensos es mucho mayor que el de pacientes internos. Se comunicaron porcentajes mayores de 40 en Khantoum (44.4%), Ibadan (41%) y Abidinjan (47%) (Péne, 1982).

Otro factor que viene a agravar el problema es el hecho de que la hipertensión es asintomática. Así las personas no presentan síntomas hasta por dos décadas y es muy frecuente que el trastorno se descubra hasta el momento en que aparecen las complicaciones que amenazan la vida (Villarreal y cols., 1976).

De acuerdo a Chávez (1984), del 100% de hipertensos el 50%

saben de su enfermedad mientras que el otro 50% lo ignoran. A su vez de los que se saben hipertensos el 50% reciben tratamiento y el resto quedan sin él.

Finalmente, un análisis del costo eficacia de la terapéutica de este trastorno revela costos en dólares sorprendentemente elevados por cada año de aumento de esperanza de vida.

Con la finalidad de ilustrar el costo en México se presentan en la Tabla 1 los datos de los medicamentos antihipertensivos más usuales, mismos que permiten hacer cálculos aproximados del gasto mensual efectuado por los pacientes en la compra de éstos. En este caso se sondeó el precio de los medicamentos tanto en una farmacia de descuento del DDF como de una particular.

Como puede observarse, el gasto mensual varía dependiendo del fármaco de que se trate, de los miligramos, de la cantidad de pastillas que se tengan que tomar, así como del centro comercial del que se adquiera.

Al momento de la realización del presente trabajo el gasto mensual efectuado en la compra de estos medicamentos en las tiendas de descuento oscila desde 3 688 hasta 22 197 pesos, mientras en la farmacia particular fluctúa desde 4 697 hasta 23 695.20. Lo que representa que en la compra de dichos medicamentos se invierte desde un 2% hasta un 10% del ingreso mensual percibido.

Ahora bien, es necesario considerar estos gastos tomando en cuenta que el tratamiento del hipertenso es de por vida, y que éste afectará a la economía familiar y social especialmente cuando las

personas no tienen trabajos estables.

Finalmente, es necesario destacar las importantes pérdidas económicas que genera la hipertensión. En México no se dispone de datos al respecto, sin embargo, un estudio efectuado en Estados Unidos en 1960 indica que la hipertensión fue responsable de 82 millones de días de actividad limitada, 26 millones de días de incapacidades y 7.3 millones de días de trabajo perdido (Kaplan, 1980). Por todo esto se considera que la hipertensión tiene gran relevancia social.

MEDICAMENTOS ANTIHIPERTENSIVOS MAS EMPLEADOS (Tabla 1)

	No.Comp.	DOSIS	PTD	PTN	DURACION	C. BMTD	PIM	GMTN	PIM
ALDOMET	32	3 x día	\$6614.00	\$8425.00	10 días	\$18601.02	7.75%	\$23695.20	9.87%
HIGROTON	15	1c/3días	\$3688.00	\$4697.00	1 mes	\$3688.00	1.53%	\$4697.00	1.95%
MINIPRESS	30	3xdía	\$7399.00	\$7196.00	10 días	\$22197.00	9.24%	\$21588.00	8.99%
MODEPRESS	30	3xdía	\$5839.00	\$7785.00	10 días	\$17517.00	7.29%	\$23355.00	9.73%
ADALAT	20	3xdía	\$4157.00	\$4619.00	6 días	\$18706.50	7.79%	\$20785.00	8.66%
MODURETIC	36	3xdía	\$6747.30	\$7497.00	12 días	\$16868.25	7.02%	\$18742.50	7.80%

NO.=COMP. Número de comprimidos

PTD= Precio en tienda de descuento

PTN= Precio en tienda normal

CMTD= Gasto mensual en tienda de descuento

PIM= Porcentaje del ingreso mensual

GMTN= Gasto mensual en tienda normal

Al momento de la realización de la presente table el sueldo mensual está en \$240,000.00



## CONCLUSIONES

1. La Hipertensión Arterial Esencial constituye un importante problema de Salud Pública con serias repercusiones a nivel social como económico.
2. Se hacen necesarias campañas que permitan detectar a la hipertensión e informar a la población con respecto a la naturaleza del trastorno destacando el hecho de que no por no presentar síntomas quiere decir que no es hipertenso.
3. La mayoría de los factores considerados de riesgo para que se dé la hipertensión (cigarro, café, el estilo de vida sedentario, las características psicológicas, etc.) carecen de apoyo científico suficiente. Por lo tanto es necesario que se realice más investigación que permita apoyar o destacar tales factores
4. Aún cuando se ha supuesto la existencia de un perfil psicológico común a estos pacientes, no se ha establecido nada de manera formal. Sin embargo, las características psicológicas relacionadas a este trastorno que se han descrito son la hostilidad reprimida, neurosis, ansiedad, falta de habilidades sociales, alexitimia y patrón de conducta tipo A.
5. El tratamiento farmacológico para la hipertensión ha demostrado ampliamente su efectividad. Sin embargo, tiene algunas desventajas tales como sus efectos colaterales, los daños que genera su empleo a largo plazo y su costo.

6. Las aproximaciones no farmacológicas han llamado considerablemente la atención. Sin embargo, en la actualidad no hay evidencia convincente de que por estos medios pueda lograrse una disminución sostenida de la presión arterial, por lo que se necesita que se realice más investigación al respecto, con diseños experimentales más importantes y con periodos de seguimiento más prolongados (6 meses por lo menos).

## CAPITULO II

### EVALUACION PSICOLOGICA DEL PACIENTE CON HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL

Como se mencionó en el capítulo anterior, la investigación dirigida a encontrar un perfil psicológico común a los pacientes con Hipertensión Arterial Esencial, no se ha establecido de manera formal. Se ha hablado de rasgos como hostilidad reprimida, neurosis, ansiedad, falta de habilidades sociales, alexitimia y patrón de conducta tipo A, sin embargo, estos rasgos han sido encontrados en varios estudios pero no en uno en el cual se evalúe e integre el perfil.

Con la finalidad de ilustrar la aseveración anterior, se revisó bibliografía a partir de 1980 que se enfocara a evaluar características del paciente hipertenso y que contaran con los instrumentos de evaluación así como con los resultados obtenidos.

Por lo tanto, este capítulo tiene como objetivo el presentar algunos de los instrumentos psicológicos y posteriormente centrarse en un tipo de evaluación particular, es decir, el enfoque cognitivo-conductual y específicamente la Terapia Multimodal de Arnold Lazarus.

#### A. INSTRUMENTOS DE EVALUACION

En la tabla 2 se muestran algunos estudios (a partir de 1980) que han investigado características del paciente con Hipertensión Arterial Esencial. Como puede observarse, el objetivo de cada uno

de ellos se ha enfocado a evaluar hostilidad (Mc-Cranie y cols., 1985; Perini y cols., 1985; Ploeg y cols., 1985; Ozorio y Rios, 1986), ansiedad (Fontaine y Boivert, 1982; Gerardi y cols., 1985), neuroticidad (Santonastaso y cols., 1984), Problemas de relación interpersonal (Carmelli, Swan y Rosenman, 1985; Ewart y cols., 1983; Ewart y cols., 1984) y Patrón de conducta tipo A (Doornen, 1980).

Sin embargo, estos rasgos han sido evaluados en forma aislada y ninguno de los estudios a excepción del de Ozorio y Rios (1986) han intentado conformar un perfil.

Por otro lado, no obstante que Ozorio y Rios llegan a la conclusión de haber encontrado el perfil psicológico del hipertenso, los instrumentos de evaluación empleados para ello (MMPI y una entrevista semidirigida) tienen importantes limitaciones, ya que el MMPI proporciona información con respecto a tendencias de comportamiento o rasgos, sin especificar más detalladamente esas características, es decir, no permite el análisis funcional. Finalmente, otra desventaja consiste en el empleo de la entrevista semi-dirigida, en la que las autoras hacen preguntas que parecen sugerir las respuestas.

Por lo tanto, en el presente estudio se propone el empleo del enfoque Cognitivo-Conductual y específicamente la Terapia Multimodal, por considerarse que a través de ella se salvan las limitantes anteriormente mencionadas.

## EVALUACION PSICOLOGICA DEL PACIENTE CON H.A.E. TABLA 2

Autores	Año	No. S. PARTICIPANTES	OBJETIVO	INSTRUMENTOS	RESULTADOS
Van Doornen	1980	47 Pacientes	Las características de personalidad de pacientes con riesgo coronario pueden demostrar antes del infarto.	MMPI (test de motivación) (Logsdale) (Sprmann, 1967) Test self-rating (Folij, 1974) BCL (lista de ratings) (Dill, 1978) CAGE (test riesgo del CAGE) (van Doornen, 1974)	Los S. con alto riesgo no muestran puntuajes elevados en ansiedad y neuroticismo. Las características y el riesgo coronario parecen ser al menos de igual importancia y actividad y depresión.
Fontaine y Solvart	1982	80 Pacientes asintomáticos	Pacientes asintomáticos tienen más incidencia de trastornos cardiovasculares.	Escala de Hamilton para la Ansiedad Escala de Esquizofrenia	La alta incidencia de trastornos cardiovasculares es un problema de salud importante en una sociedad industrializada. La presión sanguínea normal está significativamente asociada con un alto riesgo en esta edad.
Dunst Burnett Taylor	1983	2 hombres hipertensos con episodios	Identificar conductas interpersonales que pudieran afectar la presión sanguínea en hipertensos.	Test-Rango Social Locke y Kellner, 1979 Autoinforme de perfil de ansiedad	La P.A. incrementa durante la solución de problemas o respuestas "negativas" por parte de la esposa.
Dunst Taylor Frame	1984	40 hombres hipertensos	Reactividad de la P.A. en problemas interpersonales entre sujetos	Escala de ajuste social (MMPI) (Locke y Kellner, 1979)	No hay diferencias significativas entre los hipertensos y el grupo control.
Bontempo et al	1984	324 Pacientes hipertensos	Grado de neuroticismo en hipertensos jóvenes y viejos	Test de Rango de Síntomas (MMPI) (Folij y Swartz, 1973)	Los hipertensos "jóvenes" son significativamente más neuroticistas que los nerviosos et al., sorprendentemente, independientemente de la edad.
Goffard Blanchard Andriak	1985	40 hombres hipertensos	Rol de la ansiedad en la hipertensión y en sus complicaciones y en el control	BCL-90 (Demerouti y Cois, 1984) Ind. Impresión de Beck (Folij y Cois, 1984) Ind. Responsividad de ansiedad (Folij, y Cois, 1984) Ind. Motivación de Mues (Mues y Durtee, 1973) Escala de Perfil de Ansiedad Social (Folij y Cois, 1984) Escala de Actividad de Ansiedad (Folij y Cois, 1984)	Diferencias en hostilidad y depresión en una edad y depresión con el grupo control.
McCranie Mathias Braden Sisson	1985	478 hombres hipertensos	Niveles altos de hostilidad	MMPI	No son significativas las fuentes de H como predictor de la incidencia de enfermedades coronarias.
Folij Boufflaeh Bulter	1985	37 Pacientes con riesgo alto	Diferencias de personalidad y riesgo en hipertensos	Prueba Proyectiva de Identificación (Folij, 1979) Inventario de personalidad (Folij y Cois, 1979)	Pacientes con riesgo alto son significativamente menos ansiosos para reaccionar en situaciones percibir su frustración y sentirse desafiados. Los hipertensos tienen una mayor capacidad de resolver los problemas inmediatamente.
Folij Mues Rousselin	1985	110 Pacientes hipertensos	Hipertensos puntúan más alto en furia y ansiedad que el control.	Escala de Rango-Estado de Furia (Folij y Cois, 1985) Inventario de Ansiedad (Folij y Cois, 1979)	Hipertensos con más ansiedad en caso y estado que los normales. Estado-furia es alto en hipertensos, sin embargo el rango-furia es alto sólo en hombres. Los hipertensos muestran más estado, son fácilmente irritables y tienden a reaccionar la expresión del "yo".
Carroll Swan Kohnen	1986	55 Pacientes hipertensos	Asociación entre las características de los episodios conflictivos y entre sus variables.	Prueba Proyectiva de Identificación (Folij, 1979) Inventario de personalidad (Folij y Cois, 1979) Escala de Perfil de Ansiedad Social (Folij y Cois, 1984)	Las mujeres más hipertensas e impulsivas tienen más episodios de H. Ansiedad y hostilidad alta. La escala impulsiva muestra un alto nivel de ansiedad proyectiva en mujeres de 3 a 4 años.
Corroy Blop	1987	26 Pacientes hipertensos	Perfil de personalidad en hipertensos y relación con ansiedad y hipertensión.	MMPI Escala de Perfil de Ansiedad Social	Existen características psicológicas que distinguen al hipertenso del normal, así como la relación entre regulación del estado y la hipertensión.

## B. ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL

### 1. Antecedentes

Se iniciará el desarrollo de los antecedentes del enfoque Cognitivo Conductual abordando el interés que surgió en la psicología por brindar explicaciones objetivas de la conducta. Así de acuerdo a Bernstein y Nietzel (1982) se puede destacar el trabajo de 3 fisiólogos rusos: Iván Séchenov, Iván Pavlov y Bladimir Bekhterev.

Séchenov consideraba que la causa ulterior de la conducta era de naturaleza externa, creía que los reflejos que formaban la conducta humana se adquirirían a través del aprendizaje.

Pavlov por su parte realizó un estudio acerca de las condiciones precisas bajo las cuales un tipo de aprendizaje (a menudo se denomina condicionamiento Pavloviano, Clásico o Respondiente) se lleva a cabo y su demostración de los efectos específicos que los cambios de esas condiciones ejercerían sobre el proceso de condicionamiento.

Finalmente, Bekhterev también estudió al condicionamiento a pesar de que él estaba más interesado que Pavlov en las respuestas motoras abiertas. Así, su principal contribución fueron los intentos por aplicar los principios de la "reflexología" a las perturbaciones conductuales. De esta manera se observa que Séchenov, Pavlov y Bekhterev estaban conscientes de la importancia clínica del aprendizaje para la comprensión de varios desórdenes conductuales.

Posteriormente surge el Conductismo con John B. Watson, quien

propuso de igual manera una psicología completamente objetiva, describiendo dos cualidades esenciales del conductismo. En primer lugar, se debería descartar la introspección como una metodología y sustituirla por la observación externa, el método que empleaban los psicólogos de la conducta animal, y en segundo lugar, los psicólogos deberían abandonar el estudio de la conciencia y en lugar de esto concentrarse en la conducta manifiesta y su relación con los estímulos ambientales, lo que llegó a conocerse con el nombre de Psicología de E-R debido a la importancia de los vínculos de estímulo-respuesta por medio de los cuales se podía explicar toda la conducta (Bernstein y Nietzel, 1982; Mahoney, 1983; Marx y Hillix, 1979).

Después se da el Análisis Conductual Aplicado, Neoconductismo Skinneriano o Modificación de Conducta, cuyo principal interés es la aplicación de principios derivados y validados experimentalmente para la modificación del comportamiento humano (Goldfried y Kent, 1976).

Posteriormente se iniciará el desarrollo de la Terapia Conductual, no obstante y a diferencia de los otros desarrollos sólo es una fase de transición entre la Modificación de Conducta y la Terapia Cognitivo-Conductual, y que habrá de caracterizarse por la aplicación de principios psicológicos con o sin validación experimental para intervenir tanto en las variables observables como no observables y cuyo mayor interés se centra en los procesos cognitivos y afectivos.

Los pilares de la Terapia Conductual son Hans Eysenck, Joseph Wolpe, y Arnold Lazarus, este último empleó en 1958 el término Terapia Conductista para referirse a la aplicación de técnicas específicas diseñadas para inhibir patrones neuróticos específicos, no centrándose en el empleo de una sola técnica y observando que lo importante es el énfasis que pone en la eliminación del sufrimiento humano (Lazarus, 1980). Sus aportaciones determinaron la creación de la Terapia de Amplio Espectro (1971) y posteriormente la formulación de la Terapia Multimodal (1976).

Eysenck en 1963 menciona que los diversos tipos de desórdenes de conducta son esencialmente aprendidos y que las teorías modernas del aprendizaje tiene mucho que enseñar con respecto a la adquisición y extinción de los mismos. Mientras que Wolpe en 1958 define a la terapia conductual como la aplicación de principios establecidos experimentalmente a la superación de hábitos no adaptativos (Palacios, 1983).

## 2. Definición y Efectividad

En la literatura no se reporta una definición de la aproximación Cognitivo-Conductual como tal, sino más bien se expone cuál es su propósito. Así de acuerdo a Kendall y Hollon (1979) este constituye otro enfoque psicoterapéutico el cual "intenta preservar la eficacia demostrada de la modificación de conducta dentro de un contexto menos doctrinario y la incorporación de la actividad cognitiva del cliente en un esfuerzo por producir un cambio más duradero" (p.1).



Esta aproximación estudia la interrelación entre los fenómenos cubiertos (atribuciones, expectativas, autoevaluaciones, imágenes y creencias) a los patrones de conducta y expresión de la emoción y el rol de los procesos cubiertos en el desarrollo de los patrones conductuales patológicos y no patológicos.

Su efectividad ha quedado demostrada en problemas de alcoholismo, ansiedad e impulsividad. Y ha demostrado ser superior a las aproximaciones estrictamente cognitivas o conductuales en el abordaje de la depresión además de haber obtenido resultados exitosos en problemas relacionados con el estrés y el enojo (Kendall y Hollon, 1979).

La aproximación cognitivo-conductual a la terapia, incluye a todas las aproximaciones que intentan utilizar pensamientos en el control y modificación de la conducta verbal y no verbal. Algunas de ellas son de acuerdo a Wesulser R. y Wessler R. (1983): La Terapia Racional Emotiva de Ellis (1973), La Terapia Cognitiva de Beck (1976), El Entrenamiento Racional de Maultsby (1975), La Modificación Cognitivo-Conductual de Meichenbaum (1977), La Terapia Multimodal de Lazarus (1976), etc.

### 3. Terapia Multimodal

La Terapia Multimodal de Lazarus de acuerdo a Woolfolk (1976) es un modelo que pretende extender la especificidad y el método de las aproximaciones conductuales a un área mayor de práctica general. Su meta final es la integración de varias técnicas de escuelas dispares de psicoterapia y el proveer de un marco de trabajo para su implementación.

La orientación Multimodal no presupone de acuerdo a Lazarus (1976) alguna identificación con ninguna escuela de pensamiento psicológico. El eclecticismo técnico es abrazado en contraposición al eclecticismo teórico. Sus practicantes son pragmáticos quienes tratan de apegarse al empiricismo científico y al positivismo lógico, sin sucumbir a razones de reduccionismo innecesarios. Aunque los terapeutas multimodales no se adscriben a ninguna teoría en particular, sus hallazgos y observaciones ocupan un sitio en un amplio marco de trabajo. Tal sitio se localiza en los dominios del Aprendizaje Social.

La meta principal de esta terapia es reducir el sufrimiento psicológico y promover el crecimiento personal (carácter educativo) tan rápido y duradero como sea posible (Lazarus, 1976).

Si el terapeuta está genuinamente interesado en promover un cambio constructivo en el cliente, es esencial que tenga una buena comprensión de la situación en cuestión a través de una evaluación adecuada, como sería la evaluación multimodal. Esta evaluación provee de un marco de trabajo sistemático presentando conceptualmente las quejas dentro de un contexto significativo.

Debe enfatizarse que el sistema multimodal no pretende de acuerdo a Lazarus (1976) "la identificación de los rasgos de personalidad o antecedentes históricos, sino que pretende identificar áreas específicas y cruciales de disfunción psicológica" (p.21)

Los practicantes de la Terapia Multimodal analizan a la

problemática humana dentro de 7 modalidades o dimensiones discretas, pero interactivas que son: 1) Conducta, 2) Afecto, 3) Sensación, 4) Imaginación, 5) Cognición, 6) Relaciones Interpersonales, 7) Drogas (Lazarus, 1976).

Evaluando a los individuos a través de cada una de esas modalidades específicas y examinando las interacciones entre ellas, el clínico es más hábil para lograr una comprensión integral y multidimensional (visión holística) del comportamiento humano. La primera letra de esas modalidades en el idioma inglés forma el acrónimo BASIC ID. Siendo precisamente esta la característica distintiva de la terapia Multimodal.

Si se conduce una investigación Multimodal, el clínico astuto puede fácilmente detectar mentiras, distorsiones, inconsistencias, y puede elicitación información crucial que constantemente escapa a las pruebas formales y a las historias de caso más rutinarias.

Ahora bien, frecuentemente los pacientes se hayan perturbados por una multitud de problemas específicos que deberían ser tratados por una multitud similar de tratamientos específicos. Esta es una de las metas de la terapia al evaluar a todas aquellas áreas de tal manera que se pueda obtener información con respecto a todos aquellos aspectos que requieran de tratamiento.

La diferencia de esta terapia con respecto a la de los terapeutas eclécticos quienes aplican tratamientos multivariados es precisamente el que no cubren el BASIC ID.

Por otra parte, una de las críticas que se le pueden hacer a

la Terapia Multimodal radica en su pragmatismo. Este enfoque al igual que las otras aproximaciones cognitivo-conductuales han dado un gran énfasis al manejo de técnicas, mientras que han descuidado el desarrollo de una teoría que permita dar una explicación acerca de los fenómenos clínicos.

Como consecuencia de este pragmatismo, se ha descuidado la estructura conceptual de la terapia Multimodal. Así, Lazarus utiliza términos que al parecer no le interesa definir (p.e. diferenciar sensación de afecto) lo que ha llevado a que él mismo cometa errores en cuanto a su clasificación en la historia clínica (Palacios, 1989)

Una vez que se han explicado las ventajas y desventajas de abordar a un fenómeno desde un enfoque Cognitivo-Conductual y específicamente Multimodal es importante abordar a cada una de las dimensiones que constituyen el BASIC ID.

a) Dimensiones de la Evaluación Multimodal (BASIC ID)  
CONDUCTA (B)

La conducta en contraposición al afecto, sensación e imaginación es de carácter externo. Ejemplo de éstas son las acciones, hábitos, gestos, respuestas y reacciones que son medibles y observables.

El planteamiento fundamental de la modalidad conductual es su razonamiento de que la supervivencia en cualquier sociedad exige una variedad de conductas de enfrentamiento, sin embargo algunas personas carecen de ciertas conductas que le son de gran utilidad (déficit), mientras que están bloqueadas por otras

tantas que sabotean su vida diaria (exceso).

La terapia Multimodal se centra en tales excesos y déficits conductuales mismos que pueden minar la existencia eficaz.

El énfasis en esta modalidad se pone por tanto, en la frecuencia, duración e intensidad de las conductas y donde las preguntas a ser contestadas son el cuándo, el qué, el cómo, el quién y el dónde, más que el por qué.

#### AFECTO (A)

La modalidad afectiva es probablemente el área más sobretrabajada dentro de la psicoterapia. Se refiere a las emociones, estados de ánimo y sentimientos fuertes tales como el amor, enojo, ansiedad, ira, gozo, etc.

En esta modalidad el terapeuta intenta obtener un perfil de las situaciones que engendran tanto sentimientos "negativos" (enojo, ansiedad, ira, tristeza, etc.) así como "positivos" (amor, gozo, etc.).

#### SENSACION (S)

Las sensaciones constituyen la principal fuente de nuestros conocimientos tanto del propio organismo (sensaciones interoceptivas y propioceptivas) como del mundo exterior (exteroceptivas: vista, oído, gusto, olfato y tacto).

De acuerdo a Luria (1978), las sensaciones son importantes ya que constituyen la fuente esencial del conocimiento, como la condición principal para el desarrollo psicológico de la persona.

Aquí es importante evaluar las sensaciones que acompañan a

los diferentes estados emocionales, es decir, la forma en que la gente responde a niveles sensoriales ante el enojo, tristeza o la alegría. Y la forma en que interactúa esta modalidad con el resto del BASIC ID.

#### IMAGINACION (I)

Dentro del contexto multimodal la imaginación se refiere a "las representaciones o fotografías mentales que ejercen una influencia sobre nuestras vidas" (Lazarus, 1976 p. 37).

De acuerdo a Freud (1965) los terapeutas psicoanalíticos fueron los primeros en proponer que las imágenes tanto placenteras como displacenteras tienen una influencia sobre las emociones y conductas de la gente (Cit. por Ellis y Whiteley, 1979).

Algunas imágenes que podrían producir estados emocionales displacenteros serían por ejemplo tener grabada la escena del funeral de un hermano, lo cual podría llevar a que la persona se entristeciera o el ver la cara de la madre con una expresión desaprobatoria cuando se tienen relaciones sexuales, lo que podría generar sentimientos de culpa.

Por otro lado, Singer (1972; 1974) argumenta que la importancia de las imágenes ha sido reconocida por los terapeutas conductuales más ortodoxos tales como Cautela (1966) y Wolpe (1958), hasta por los cognitivo-conductuales como Bandura (1969), Beck (1970), Brown (1967), Stampfil y Lewis (1967).

#### COGNICION (C)

De acuerdo a Ellis y Whiteley (1979), la conducta no

solamente surge de la estimulación del medio ambiente, sino también de las cogniciones que se presentan a partir de dicha estimulación. Es decir, "cuando una consecuencia (C) llena de emociones sigue a un evento Activador (A), puede parecer que A causó C, pero en realidad éste no es el caso, en lugar de esto lo que sucedió es que las Consecuencias Emocionales fueron creadas en gran parte por el sistema de creencias del individuo" (Ellis, 1973 p.167).

Así se tiene que en alguna medida la conducta y las emociones están determinadas por los pensamientos, creencias, actitudes, filosofías y por la forma en que la gente se habla a sí misma. Si las personas se hablan a sí mismas de manera lógica, madura y racional, difícilmente experimentarán emociones negativas intensas, pero si por el contrario, se hablan en forma ilógica, devalorable, autoderrotista y capaz de sabotear el bienestar de la persona (irracional), la perturbación emocional no tendrá límites.

Por lo tanto, de acuerdo a Lazarus (1976) lo que interesa notar es cuáles de estos errores comete frecuentemente el cliente y a cuál de las filosofías ilógicas se suscribe.

#### RELACIONES INTERPERSONALES (I)

La modalidad de relaciones interpersonales estudia a la comunicación humana, la forma en que uno actúa, reacciona y se comporta interpersonalmente en el contexto familiar, laboral y social (Lazarus, 1976). Esta modalidad puede evaluar a la conducta asertiva.

De acuerdo a Lange y Jakubowski (1976) la aserción implica la

defensa de los derechos y la expresión de los pensamientos, sentimientos y creencias en una forma directa, honesta y apropiada sin violar los derechos de otras personas.

#### DROGAS (D)

Esta modalidad tiene que ver con cualquier queja, malestar o enfermedad física, medicamentos tóxicos ingeridos, horas de sueño, trabajo, ejercicio, la dieta y con las actividades que las personas realizan en su tiempo libre.

De acuerdo a González (1976) se puede definir al tiempo libre como todas aquellas "actividades a las cuales el individuo se entrega con plena aceptación para descansar, divertirse, acrecentar su información, desarrollar su formación personal y participar voluntariamente en la sociedad después de haber cumplido con sus obligaciones" (p. 166)

Por otro lado, la evaluación de esta modalidad también proporciona información con respecto a si un problema supuestamente psicológico pudiera tener una base fisiológica u orgánica.

Así, en resumen se puede decir que la modalidad de drogas evalúa el aspecto biológico y el estilo de vida en cuanto a bienestar físico se refiere.

#### b) Instrumentos Auxiliares en la Evaluación Multimodal

Aunque Lazarus no propone la inclusión de instrumentos adicionales a la Historia Clínica, de acuerdo a Palacios (1958), se considera que para efectuar una evaluación completa es necesaria la inclusión de inventarios que permitan una visión amplia y



precisa de la problemática en cuestión y que además proporcione información con respecto al tipo de tratamiento a seguir.

Otro motivo por el que se incluyen inventarios de evaluación auxiliares es para confirmar los datos de la historia clínica de Lazarus (1981, 2ª versión).

Algunos de los instrumentos que se emplean con más frecuencia para la evaluación integral son: El Inventario de Depresión de Bek (1961), El Inventario de Ideas Irracionales de Jones (1968), El Inventario de Afirmatividad de Gambrill y Richey (1975), y El Inventario de Personalidad de Minnesota (MMPI) (Núñez, 1979).

A pesar de que existen muchos inventarios que pueden evaluar lo mismo que los anteriores, las razones por las que se decidió utilizar particularmente éstos son: 1) Porque permiten ahondar y precisar la evaluación clínica de acuerdo al enfoque multimodal, 2) El entrenamiento clínico de las autoras de este trabajo es básicamente en el manejo de estos instrumentos, y 3) Porque posteriormente al reporte de este escrito, se pretendió comparar los datos de varias enfermedades psicofisiológicas bajo el mismo sistema de evaluación, por ejemplo con la investigación "El Perfil Multimodal del Paciente Cefaleico" (Palacios, 1989).

#### 1. HISTORIA CLINICA MULTIMODAL

La Historia Clínica Multimodal fue diseñada por Arnold Lazarus en 1981 (2ª versión), es un instrumento de evaluación clínica muy valiosa ya que proporciona numerosas ventajas, entre las cuales se encuentran de acuerdo a Palacios (1989):

- a) Por su naturaleza es posible tomarla como punto de partida para una entrevista estructurada.
- b) Permite llevar a cabo una evaluación integral del problema manifiesto, pero también es posible detectar otros encubiertos.
- c) Abarca explícitamente cada una de las 7 modalidades del BASIC ID.
- d) Es posible establecer relaciones entre cada una de las 7 modalidades.
- e) La naturaleza descriptiva de los datos que se pueden obtener a través de ella, permiten su reconceptualización a la luz de diversos marcos teóricos.
- f) El énfasis puesto en los datos antecedentes del individuo permite detectar factores tipo riesgo en la infancia, cuando éstos se presentan reiteradamente en muestras homogéneas de problemas clínicos, con lo cual se hace posible que se desarrollen medidas de intervención a nivel primario.
- h) Permite estrategias de intervención mediante la comprensión integral del caso.

Por otro lado, dentro de sus desventajas se encuentran:

- a) En poblaciones con bajo nivel escolar no es posible utilizar el instrumento de manera autoaplicable.
  - b) Aún cuando Lazarus organizó los reactivos por modalidades, él no definió algunos términos, lo que ha llevado a la inclusión de algún dato en una modalidad que no le corresponde.
- En resumen, se considera que es un instrumento completo ya que permite tener una visión holística del problema que se está

evaluando sin dar mayor importancia a ninguna de las áreas del funcionamiento humano.

## 2. INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

La Depresión es considerada como un síndrome que se caracteriza por una serie de cambios en los componentes conductuales, afectivos, sensoriales, cognitivos, imaginativos y de interacción social (Lazarus, 1976; Hollon y Beck, 1979).

Precisamente a la luz de esta definición, el inventario de Beck pretende evaluar aquellos componentes que permiten tener información con respecto al grado de depresión experimentado por el paciente. En particular evalúa: a) El estado de ánimo, b) Pesimismo, c) Sentimiento de fracaso, d) Falta de satisfacción, e) Sentimiento de culpa, f) Sentimiento de castigo, g) Odio a sí mismo, h) Autoacusaciones, i) Deseos Autopunitivos, j) Brote de llanto, k) Irritabilidad, l) Aislamiento, m) Indecisión, n) Imagen corporal, ñ) Perturbación del sueño, o) Fatigabilidad, p) Pérdida de apetito, r) Pérdida de peso, s) Preocupación somática y t) Pérdida de la libido.

Finalmente es conveniente mencionar que el inventario de Beck goza de una gran utilidad clínica debido a que mide el grado de depresión a través de los 21 reactivos que lo constituyen (Beck y cols., 1961).

Sin embargo, presenta algunas deficiencias como serían: 1) No permite la identificación de depresiones atípicas, en donde algunos síntomas como el apetito, sueño, pérdida de peso, actividad

física, etc., son totalmente contrarios, es decir, en lugar de hallarse una disminución de estos síntomas se encuentra un incremento (Polaino-Lorente, 1985), y 2) Debido al índice cuantitativo para evaluar la depresión no es posible identificar depresiones enmascaradas, las cuales debido a su sintomatología tan marcada y a veces tan invalidante, parecen ser más del tipo de depresiones profundas (Arieti y Beaporad, 1981).

### 3. INVENTARIO DE AFIRMATIVIDAD DE GAMBRILL Y RICHEY

Este inventario es uno de los más amplios de que se dispone para evaluar la conducta asertiva, consta de 40 reactivos los cuales proporcionan información con respecto a la probabilidad de que se dé una respuesta, el grado de incomodidad experimentado ante una situación determinada, además de permitir identificar déficit específicos ante personas específicas (conocidos o extraños).

La información obtenida a través de este inventario puede ser procesada mediante el uso de la matriz de Cotler y Guerra (1976). Estos autores consideran que la conducta asertiva puede clasificarse en dos categorías, conducta de aproximación o petición y conducta de rechazo o protectora.

A pesar de que ellos no definen estas categorías, dentro de las primeras, se encuentran aquellas que hacen referencia a la habilidad para expresar alguna necesidad, opinión, elogio, etc. y las conductas de rechazo o protectoras que se refieren a la habilidad para expresar una molestia, rechazar una petición, etc.

Por lo tanto, se puede decir que este inventario proporciona información global y específica de déficits asertivos tanto de conductas de aproximación o petición, como de rechazo o protectoras con conocidos y extraños, lo que permite obtener información en cuanto al diseño de intervención (grupal o individual).

#### 4. INVENTARIO DE IDEAS IRRACIONALES (IBI)

Como se mencionó anteriormente, el pensamiento desempeña un papel muy importante en la determinación de la conducta y la emoción.

La atención puesta en los procesos cognitivos han dado como resultado el desarrollo de varias terapias cognitivo-conductuales.

Una de las mejor conocidas es la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis, cuyo principal interés es el estudio sistemático de creencias desadaptativas denominadas irracionales (Ellis y Harper, 1975).

Ahora bien, dentro de los inventarios que evalúan al pensamiento irracional se encuentran el diseñado por Jones (1968).

Este inventario conformado por 100 reactivos evalúa a las primeras 10 ideas irracionales propuestas por Ellis (1962).

Dichas ideas son:

1. El adulto tiene necesidad imperiosa de ser amado o aprobado

por casi todo el mundo en todo lo que hace.

2. Uno debe ser por entero competente, apto y eficaz en todos los actos posibles.
3. Las personas son malas, malvadas, viles o inferiores, y deben ser severamente castigadas o acusadas por sus defectos.
4. Es terrible, horrendo y catastrófico que las cosas no marchen de la manera que uno quisiera que marcharan.
5. La desdicha humana tiene causa externa y el individuo es poco o nada capaz de controlar sus aflicciones o librarse de sus sentimientos negativos.
6. Si algo es o puede ser peligroso o temible, uno debe preocuparse terriblemente por ello y debe sentirse trastornado.
7. Es más fácil rehuir muchas dificultades y responsabilidades de la vida que poner en práctica formas de autodisciplina.
8. Uno debe tener a alguien más que uno en quien confiar y de quien depender.
9. El pasado es de total importancia de manera que si algo afectó una vez profundamente la vida de uno, continuará haciéndolo definitivamente.
10. Invariablemente existe una solución precisa, correcta y perfecta para los problemas humanos, y si esta solución perfecta no se encuentra, sobreviene la catástrofe.

#### 5. INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD (MMPI)

El inventario multifásico de la personalidad de Minesota (MMPI) es un instrumento que permite la evaluación objetiva de la

personalidad. Está constituido por 566 frases que conforman 4 escalas de validez y 10 escalas clínicas.

Las escalas de validez son:

- ? No puedo contestar, el número de reactivos sin contestar.
- L Evalúa el grado de franqueza del sujeto al contestar la prueba.
- F Reconocimiento de los problemas.
- K Escala de corrección para las escalas 1, 4, 7, 8 y 9. También proporciona información con respecto al autoconcepto y los recursos de que se dispone para resolver sus problemas.

Las escalas clínicas son:

- 1 (Hs) Hipocondriasis. Evalúa preocupación somática, es la expresión en forma constante de conflictos psicológicos y emocionales por medio de una canalización somática.
- 2 (D) Depresión. Escala del estado de ánimo. Permite conocer los estados emocionales y transitorios. Fue diseñada como medida del grado de depresión.
- 3 (Hi) Histeria. Utilización de mecanismos de defensa primitivos, relaciones superficiales, inmaduras, etc.
- 4 (Dp) Desviación Psicopático. Se refiere a la falta de interés por las costumbres sociales, una emotividad superficial y una falta de habilidad para aprender de las experiencias pasadas.
- 5 (MF) Masculinidad-Feminidad. Evalúa intereses que pueden definirse entre los que son propios de los hombres y de las mujeres.
- 6 (Pa) Paranoia. El propósito de esta escala es evaluar el cuadro

clínico de la conducta paranoie que incluye creencias falsas, ideas delirantes, ideas de referencia, sentimientos de preocupación, de grandeza, etc.

- 7 (Pt) Psicastenia. Se evalúan las reacciones fóbico y obsesivo-compulsivo.
- 8 (Es) Esquizofrenia, donde se evalúa pensamientos o conductas raras extrañas y poco usuales. También evalúa pensamiento creativo.
- 9 (Ma) Hipomanía. Evalúa los estados de ánimo de las personas con características maniaco-depresivas tipo maniaco.
- 0 (Si) Introversión Social. Se evalúa la tendencia a la introversión o extroversión social.

Ahora bien, el MMPI es un instrumento de evaluación que reúne suficiente validez y confiabilidad para conseguir una buena evaluación.

La excelente plataforma estadística que apoya la interpretación del MMPI permite una evaluación cuantitativa entre las características de diversos sujetos, y por otra parte, la autoevaluación que hace la persona a través de los reactivos del inventario, permite una valoración cuantitativa y psicodinámica (Rivera, Esquivel, y Gómez, 1986).

Otras ventajas de este instrumento son el que es autoaplicable y que cuenta con escalas de validez, lo que tiene por objeto señalar el grado de confianza que el clínico puede tener para hacer inferencias sobre la personalidad basándose en el perfil de la prueba.

Dentro de sus desventajas se encuentran el tiempo que se



requiere para su contestación (aprox. 90 minutos) así como el que proporciona rasgos o tendencias de comportamiento generales sin especificar acerca de ellos.

Por otro lado, la justificación del porqué en una evaluación conductual se emplea un inventario tradicional como es el MMPI consiste precisamente en que al final del presente trabajo se pueda establecer una comparación entre la información proporcionada por una evaluación tradicional contra una conductual.

## CONCLUSIONES

1. Se ha tratado de conformar un perfil característico del paciente con Hipertensión Arterial Esencial, sin embargo los estudios (a excepción del de Ozorio y Rios) han reportado características en aislado y no un perfil integral.
2. Aún cuando los eventos cubiertos no son observables, en la práctica clínica se ha evidenciado el importante rol que desempeñan en el desarrollo de patrones conductuales patológicos y no patológicos.
3. El incluir bajo el campo de estudio del enfoque Cognitivo-Conductual tanto a la conducta abierta u observable como a la encubierta o no observable ha permitido que este enfoque tenga una visión más completa de la psicología humana.
4. La Terapia Cognitivo Conductual es una variante de la Terapia Conductual y tiene como objeto de evaluación y tratamiento tanto variables internas como externas.
5. Este enfoque ha demostrado su efectividad relativa y en ocasiones ha demostrado ser superior a algunas otras aproximaciones estrictamente cognitivas o conductuales en el abordaje de algunos problemas.
6. La Terapia Multimodal de Arnold Lazarus, como una ilustración de las Terapias Cognitivo Conductuales se considera valiosa dado que aporta un sistema de evaluación y promueve la intervención de todas y cada una de las dimensiones que de acuerdo a Lazarus constituyen la conducta humana.

7. La evaluación Multimodal permite identificar áreas de disfunción psicológicas además de desarrollar una visión integral y multidimensional del comportamiento humano.
8. En la Terapia Multimodal se enfatiza el papel de la evaluación dado que ésta proporciona la información para la toma de decisiones.
9. El carácter pragmático que ha venido caracterizando a la terapia Multimodal ha generado un incremento en el número de técnicas creadas para abordar a los diferentes problemas emocionales, sin embargo ha descuidado el desarrollo teórico.
10. Aún cuando en la evaluación Multimodal no se incluye otros instrumentos, en el presente trabajo se incluyen pruebas que permitan proporcionar más información con respecto a la situación en cuestión, así como confirmar o rechazar los datos obtenidos en la Historia Clínica.

### III METODO

#### 1. Tipo de Estudio

El tipo de estudio realizado en esta investigación fue ex-post-facto, exploratorio y de campo (Kerlinger, 1975). Es ex-post-facto porque no se realizó manipulación de alguna variable. Asimismo, es considerado de tipo exploratorio por no contar con hipótesis, lo que implica el hecho de buscar datos sin tratar de predecir relaciones existentes.

Finalmente es un estudio de campo ya que el escenario en el cual se llevó a cabo la aplicación fue natural, es decir, un consultorio médico.

#### 2. Sujetos

La selección de la muestra fue no probabilística ya que no se utilizó un muestreo de tipo aleatorio (Kerlinger, 1975). En cambio, el muestreo fue intencional ya que se tomaron en cuenta ciertos criterios de inclusión como:

- Rango de edad de 35-65 años
- Que en la evaluación médica del sujeto no se detectara ningún padecimiento físico como causa de la hipertensión.
- Periodo de evolución mayor de 1 año

Los sujetos fueron voluntarios, referidos por un médico residente del Hospital General de México en base en el diagnóstico de Hipertensión Arterial Esencial apoyado en el Historial Clínico y los estudios de laboratorio y gabinete pertinentes.

La muestra estuvo constituida por 25 sujetos de los cuales todos fueron mujeres.

### 3. Escenario

La aplicación de los instrumentos se llevó a cabo en un consultorio médico del 2° piso de la Unidad de Cardiología del Hospital General durante las horas de consulta (8:00 am. a 14 pm.)

### 4. Instrumentos

- Historia Clínica Multimodal de Lazarus (HCL) (1981, 2ª edición) (Revisada y Adaptada por Palacios, 1985)
- Inventario de Depresión de Beck (1961)
- Inventario de Ideas Irracionales de Jones (IBI) (1968)
- Inventario de Afirmitividad de Gambrill y Richey (1975)
- Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI) (Húñez, 1979).

### 5. Procedimiento

Del total de pacientes que acudieron al Hospital entre el mes de septiembre de 1987 y abril de 1988 y que cumplieron con los criterios de inclusión (ver sujetos) se les explicó los propósitos de la investigación. De éstos, sólo 25 pudieron completar la evaluación.

Las actividades fueron distribuidas individualmente de 4 a 5 sesiones. En cada una se registró la presión sanguínea antes y después de la sesión con la finalidad de detectar diferencias durante las mismas.

PRIMERA SESION.- Explicación de los propósitos de la investigación.

y solicitud de su cooperación para participar en ella.

Recolección de datos generales de la Historia Clínica y Aplicación del Inventario de Depresión de Beck.

SEGUNDA SESION.- Continuar la recolección de datos de la Historia Clínica y aplicación del IBT.

TERCERA SESION.- Aplicación del Inventario de Asertividad y concluir la Historia Clínica.

CUARTA SESION.- Aplicación del MMPI

QUINTA SESION.- Sólo en caso de no haber terminado alguna actividad

NOTA:- Si el paciente sabía leer y escribir se le dejaba resolver en su casa la Historia Clínica y posteriormente el IBT. En la siguiente sesión se le recogía y revisaba lo que había entendido para ampliar algunas de las preguntas.

Una vez terminada la evaluación, los datos de cada uno de los instrumentos se recolectaron en hojas de concentración de datos.

#### IV. RESULTADOS

##### 1. DATOS DEMOGRAFICOS

Antes de describir los resultados de cada uno de los instrumentos, es conveniente mencionar las características sociodemográficas de la muestra de hipertensas para que a la luz de éstas sean analizados los datos.

N = 25

Sexo Femenino

Edad =  $\bar{X}$  51.44 (37-65)

Ocupación: Hogar 16 (64%)

Hogar y trabajo 9 (36%)

Escolaridad: Analfabetas 6 (24%)

Primaria Incompleta 10 (40%),  $\bar{X}$  2.6 años (1<sup>ra</sup> a 4<sup>ta</sup> grado)

Secundaria y/o carrera técnica 5 (20%)

Diagnóstico Hipertensión leve 4 (16%)

moderada 12 (48%)

severa 9 (36%)

Estado civil: Casada 15 (60%)

Unión Libre 5 (20%)

Viuda 2 (8%)

Separada 3 (12%)

Ingreso = Mínimo 19 (76%) Se entiende por ingreso mínimo el que les permite solventar sus necesidades mínimas como alimentación, vestido y vivienda.

Lugar que ocupa la hipertensión dentro de sus problemas:

$\bar{X}$  = 2 (moderadamente severa) (rango de 1-5)

- a) Queja principal 9 (36%)
- b) Queja secundaria 12 (48%)
- c) No representa problema 4 (16%)

Severidad percibida de la Hipertensión.

Levemente inquietante 12 (48%)

Moderadamente severa 3 (12%)

Muy severa 6 (24%)

Registro de la presión arterial

a) inicio de la sesión  $\bar{X}$  147/85 D.E. 21.35/10.36

b) final de la sesión  $\bar{X}$  135/82 D.E. 1/11.72

Periodo de evolución diagnosticada:  $\bar{X}$  7 años (1-21 años) D.E.6

Edad de detección:  $\bar{X}$  45.62 años (24-62) D.E. 8.7

Pacientes Hipertensos 11 (44%)

3 (12%) con antecedentes cardiovasculares.

Respuestas a fármacos. Positiva 18 (72%)

Refractaria 7 (28%)

Número de hermanos:  $\bar{X}$  5 (1-10)

Lugar que ocupa entre los hermanos  $\bar{X}$  3°

Menor 3 (12%)

Intermedio 13 (52%)

Mayor 9 (36%)

## 2. INSTRUMENTOS

Ahora bien, de las respuestas dadas a los instrumentos se



obtuvieron frecuencias, mismas que posteriormente fueron traducidas a porcentajes. A continuación se presentan los resultados de los instrumentos de acuerdo al orden de aplicación.

#### a) HISTORIA CLINICA DE LAZARUS

Para la recolección de datos se elaboró una tabla grupal en la cual las columnas se refieren a cada una de las categorías de la HC y los renglones a los datos de cada uno de los pacientes. Una vez concentrados los datos se calculó tanto la frecuencia y el porcentaje, así como la realización de análisis de contenido de cada una de las categorías.

Posteriormente los datos fueron organizados en un BASIC 1) (tabla 3) en dos periodos: Los antecedentes de estos pacientes y 2) Las características Actuales. Cabe mencionar que sólo se tomaron en cuenta los datos que sobrepasaron al 40%, ya que de acuerdo a un enfoque clínico arbitrario y personal, éstos son considerados los datos más consistentes.

##### 1. Antecedentes Multimodales

Estos pacientes evaluaron su infancia feliz (60%) por el hecho de haber vivido con sus padres, describiendo la personalidad del padre como más cariñoso 18 (64%) que la madre 13 (52%).

Asimismo, en un 88% (22) sienten amor y en un 96% (24) respeto por los padres.

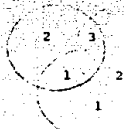
Por otro lado, un 40% (10) evaluaron su infancia infeliz. Entre los motivos por los cuales se reportó haber tenido problemas en la infancia se encuentran:

- a) Abandono 8 (32%) a un promedio de edad de 7.5 años  
 b) Trabajar 4 (16%)  
 c) Golpes 6 (24%). La disciplina o forma de haber sido castigados fue en un 48% (12) a golpes y en un 12% (3) no se les corregía de ninguna forma.

En forma gráfica estos serían los resultados:

N = 12 (48%)

Golpes 6 (24%) Abandono 8 (32%)



Trabajar 4 (16%)

Ahora bien, a través del análisis funcional de estos reactivos, se detectó que un 52% (13) desempeñaron un rol dentro de la dinámica familiar que no correspondía a su edad, es decir:

- a) Inversión de rol de la madre: 3 (12%) a un  $\bar{X}$  edad 10 años  
 b) Trabajar: 10 (40%) a un  $\bar{X}$  edad de 8 años.

Así, de acuerdo a esto se obtuvo que un 40% (10) desempeñaron un rol correspondiente a su edad y contrariamente el resto no lo desempeñó.

En forma gráfica los resultados son:

ROL			
	Corresponde	No corresponde	
Inf. Feliz	9 (36%)	6 (24%)	15 (60%)
Inf. Infeliz	1 (4%)	9 (36%)	10 (40%)
	10 (40%)	15 (60%)	

Un 52% (13) reportó que en su familia no hubo compatibilidad entre padres e hijos.

En cuanto a sus ambiciones pasadas estaban encaminadas principalmente a cuestiones materiales 12 (48%) como el obtener una casa propia, dinero, etc., y en menor porcentaje 10 (40%) a un crecimiento personal, es decir, realizar alguna actividad que les permita mayor desarrollo personal.

Finalmente, en la esfera sexual reportaron ser personas que tuvieron un déficit en información sexual (100%), es decir, en su casa nunca supieron que se hablara algo relacionado al sexo. Asimismo, un 72% (18) tuvieron una reacción de alarma en su primer periodo menstrual.

## 2. Características Multimodales Actuales

### Conducta (C)

- Conducta más frecuente: Llorar por los problemas familiares 14 (56%)
- Conducta que desean incrementar: Trabajar 10 (40%)
- Conducta que desean decrementar: Labores domésticas 13 (52%)

Como puede verse, sólo 3 conductas son las más consistentes en estos pacientes. Sin embargo, se ha creído necesario el incluir

una conducta más como es la canalización del enojo, la cual se explicará en la siguiente modalidad.

Afecto (A)

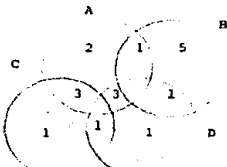
Esta modalidad fue dividida en:

1) afectos negativos, 2) afectos positivos y 3) frases incompletas.

1. Afectos Negativos.

- Fastidio 19 (76%)
- Tristeza 17 (68%)
- Enojo 18 (72%). Todos estos ante situaciones familiares.
- Aburrimiento en su rutina 16 (64%)
- Temor ante situaciones futuras 12 (48%)
- Ansiedad 11 (44%)

En cuanto al enojo 18 (72%), se tiene un déficit en el manejo del mismo por su forma de canalizarlo, es decir, las conductas que se incluyen son: golpear y gritar a sus hijos 9 (36%), comer 7 (28%), no hablar 6 (24%) y salir a caminar 5 (20%). En forma gráfica es:



N= 18 (72%)

A= Golpear y gritar a sus hijos 9 (36%)

B= Comer 7 (28%)

C= Salir a caminar 5 (20%)

D= No hablar 6 (24%)

## 2. Afectos Positivos

- Contento 20 (80%)
- Afecto que desean incrementar. Contento 25 (100%)

## 3. Frases incompletas

- a) Cuando es más probable que pierda el control de sus sentimientos: 14 (56%) contestó que ante el enojo.
- b) Si dijera cómo me siento ahorita diría que... "Bien" 17 (68%) por la situación establecida entre ellos y el terapeuta.
- c) Una cosa que más triste me pone es... "no estar con mis hijos" 13 (52%)

## Sensación (S)

En esta modalidad se separaron los síntomas relacionados a 1) la hipertensión y/o a la ingesta de antihipertensores, y 2) sensaciones diversas.

1. Dentro de la primera categoría las sensaciones más comunes fueron:

- Dolor de cabeza 22 (88%)
- Problemas visuales 20 (80%)
- Mareos 19 (76%)
- Boca seca 18 (72%)
- Palpitaciones 16 (64%)
- Hormigueo de pies y manos 14 (56%)

2. Las sensaciones de la segunda categoría son:

- Fatiga 19 (76%)

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- Dolor de espalda 18 (72%) después de haber realizado algún trabajo.
- Descansado 15 (60%)
- Tics y ojos llorosos 13 (52%)
- Flojera 12 (48%)
- Relajado 10 (40%)

#### Imaginación (I)

- Imagen de ser amada por su esposo e hijos 10 (40%)
- Imagen de una infancia infeliz 10 (40%)

#### Cognición (C)

En la modalidad cognitiva los resultados muestran:

a) Ambiciones Actuales: Materiales 13 (52%)

b) Auto concepto positivo (11 adjetivos):

- Lval 10 (80%)
- Sensible 18 (72%)
- Confiable 18 (72%)
- Honesta 17 (68%)
- Con buen sentido del humor 17 (68%)
- Considerada 16 (64%)
- Segura 15 (64%)
- Feliz 15 (60%)
- Esperanzada 15 (60%)
- Perseverante 12 (48%)
- Inteligente 12 (48%)

c) Auto concepto negativo (3 adjetivos)

- Lleno de penas 13 (52%)
- Desilusionada de los hijos y esposo 13 (52%)
- Poco atractiva 10 (40%)

d) Auto estima positiva (1 adjetivo)

- Valiosa 11 (44%)

e) Frases incompletas

1. Una cosa por la cual me siento orgullosa es... "mis hijos" 18 (72%)
2. Me siento de lo más feliz cuando... "estoy con mis hijos" 19 (76%)
3. Desde que era niño... "he sufrido" 11 (44%)
4. Es difícil admitir... "los errores de otros" 18 (72%)

f) Otros

- A un promedio de 20 años empiezan a recordar que su vida empezó a ser rutinaria

Relaciones Interpersonales (1)

Las relaciones interpersonales evalúan datos sobre 1) la familia, 2) el grado de comodidad entre situaciones sociales y 3) frases incompletas.

1. En cuanto a la familia, un 84% (21) reportan que la persona más importante son sus hijos, teniendo como promedio 4 hijos en un rango de 0 a 11.

La personalidad del esposo la reportan como "mala" (frío, egoísta, incomprensivo, etc.) en un 60% (15)

Están casadas desde hace 26.4 años en promedio.

2. Un 52% (13) reportan aislarse de las demás personas y en una situación social se sienten relativamente confortables ( $\bar{X}=2$ ).

3. Las frases incompletas fueron:

- a) Una forma en que la gente me lastima es... "que hablé mal de mí" 20 (80%)
- b) Puedo fastidiar a alguien a través de... "los chismes" 13 (52%).

#### Drogas (D)

La última modalidad del BASIC ID, la de drogas, se dividió en tres apartados. El primero se refiere al bienestar físico y emocional, el segundo a diversos malestares corporales y el tercero a la ingesta de los medicamentos hipertensores.

En el primer apartado se muestra que estos pacientes no tienen una alimentación balanceada 19(76%), trabajan 8 horas en promedio y en forma rutinaria 19(76%). Sus horas de sueño son en promedio 6.6

En cuanto al manejo del tiempo libre, un 80% (20) realiza actividades pasivas como el tejer, ver T.V., etc., y no realizan ejercicio físico 20 (80%).

2. Los malestares físicos reportados fueron:

- Problemas intestinales 15(60%)
- Problemas del sueño:
  - a) Dificultad para conciliarlo o despertar más temprano por la mañana 13 (52%)
  - b) Interrupción del sueño (insomnio) 12(48%)



#### b) INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

Este inventario en su forma cuantitativa se califica sumando las respuestas proporcionadas por el sujeto, respuestas que van de un rango de 0 a 3 puntos. Una vez hecha la suma se saca un puntaje, el cual indica el grado de depresión conforme a los rangos establecidos por Beck y cols., (1961).

En su forma cualitativa, se realizó un análisis de contenido de cada uno de los reactivos (Tabla 4), así como el porcentaje obtenido en las respuestas contestadas de 1 a 3 y la modalidad a que corresponden en el BASIC 1D.

Esta muestra de hipertensos puntuó como promedio grupal 19.22 puntos, en un rango de 4 a 41 puntos, lo que equivale a una depresión moderada (Beck y cols., 1961).

Los cuatro reactivos más altos fueron:

- Preocupación somática 24 (96%) Cognición
- Sensación de fatigabilidad 21 (84%) Sensación
- Pesimismo 20 (80%) Cognición
- Auto acusaciones 19 (76%) Cognición

Por otro lado, los 4 reactivos más bajos fueron:

- Pérdida de peso 5 (20%) Drogas
- Pérdida de apetito 6 (24%) Drogas
- Sentimiento de culpa 7 (28%) Drogas
- Indecisión 7 (28%) Cognición.

### c) INVENTARIO DE IDEAS IRRACIONALES (IBT)

Se califica en forma manual analizando cada uno de los reactivos en forma individual, con base en las 10 ideas irracionales de Ellis. Es importante destacar que el inventario de Jones está constituido de tal forma que cada uno de los reactivos corresponde a cada una de las ideas de Ellis, así pues, los reactivos 1, 11, 21, etc., corresponden a la idea irracional 1. Los reactivos 2, 12, 22, etc., evalúan la idea 2, de esta forma a lo largo de la prueba se tienen 10 oportunidades diferentes de evaluar cada una de las ideas irracionales.

Para simplificar la calificación manual, se empleó un juego de plantillas que fueron ideadas y adaptadas por el grupo de "Psicología de la Salud" (1987) en la Clínica de la ENEP Zaragoza

Para este inventario se presentan dos histogramas:

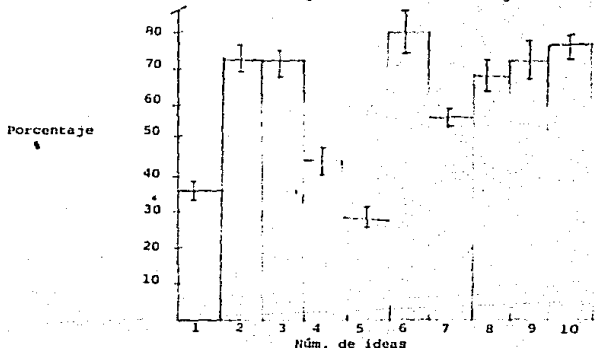


Fig. 1 Porcentaje grupal de ideas irracionales

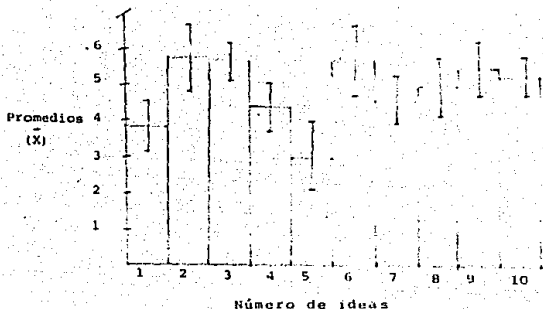


Fig. 2 Promedio grupal de reactivos irracionales

En el primer histograma (Fig. 1) se muestra el porcentaje de sujetos que en el momento de aplicación resultaron irracionales ante cada una de las ideas tomando en cuenta el criterio de mayor del 40% de acuerdo a Jones (1968). Se puede observar que los puntajes más altos corresponden a las ideas 6, 10, 2, 3 y 9. Asimismo las ideas más bajas fueron la 5 y 1.

El segundo histograma (Fig. 2) representa el promedio grupal de reactivos que resultaron irracionales, es decir, que tan irracional se mostró el grupo ante cada idea. Como puede verse las ideas más altas son la 2, 3 y 6, lo que habla de perfeccionismo, moralismo y aprehensión respectivamente. También es conveniente señalar que las ideas 5 y 1 son las más bajas del perfil, lo que corresponde a personas cuyas ideas son tener un locus de control interno y una necesidad no importante de ser aprobado por otros.

Para mayor detalle de los puntajes individuales consúltese la tabla 5 y para el contenido de las ideas ver la tabla 6.

d) INVENTARIO DE AFIRMATIVIDAD DE GAMBRILL Y RICHEY

La forma de calificación del inventario es haciendo un análisis individual de cada reactivo y sobre todo analizando la matriz que se elaboró a partir de este inventario.

Los resultados obtenidos se muestran en la tabla 7. Como puede observarse, se encuentran porcentajes del déficit asertivo de todos los sujetos en las siguientes áreas:

- Déficit total =  $\bar{X}$  83.88
- Déficit en rechazo =  $\bar{X}$  41.8
- Déficit en aproximación =  $\bar{X}$  32.5
- Déficit con conocidos =  $\bar{X}$  49.9%
- Déficit con extraños =  $\bar{X}$  49.9%
- Déficit en aproximación-extraños =  $\bar{X}$  28.24%
- Déficit en aproximación-conocidos =  $\bar{X}$  28.24%
- Déficit en rechazo-extraños =  $\bar{X}$  21.89%
- Déficit en rechazo-conocidos =  $\bar{X}$  25.71%
- Déficit en incomodidad =  $\bar{X}$  40.8%
- Déficit en habilidad =  $\bar{X}$  59.2%

Cabe mencionar que los 3 primeros datos fueron calculados en base a los 40 reactivos que conforman el total del inventario, y los datos restantes se obtuvieron tomando en cuenta que el 100% varía para cada individuo. Por lo tanto, con la finalidad de que los datos fueran homogéneos se tradujeron a porcentajes.

En forma gráfica, la matriz de aserción es la siguiente:

	Aproximación	Rechazo	
Extraños	X 29.24%	X 21.89%	X 49.96%
Conocidos	X 24.24%	X 25.71%	X 49.96%
	X 32.5	X 41.8%	

Déficit Total\* X 83.8%

Déficit Incomodidad\* X 40.8%

Déficit Habilidad\* X 59.2%

Con la finalidad de ver si existen diferencias significativas entre los diversos tipos de déficit se realizaron los siguientes estudios estadísticos a un nivel de significancia del 0.05.

1. Prueba de Wilcoxon para ver las posibles diferencias entre:

1a. Aproximación-Rechazo. Con una T calculada de 109.5 y 12 g1, no existen diferencias significativas entre los déficit de aproximación y rechazo.

1b. Incomodidad-Habilidad. Con una T calculada de 23 y 25 g1, se muestra que sí hay diferencias significativas entre ambas, es decir, existe mayor déficit asertivo en habilidad que en incomodidad, lo que implica que estas personas no cuentan con un repertorio conductual amplio para expresarse.

2. Análisis de Varianza en una Dirección por Rangos de Kruskal-Wallis.

Con un estadístico H de 7.19 y 3 g1, se concluye que sí existen diferencias significativas entre las 4 categorías de la matriz (A-E, A-C, R-E, R-C).

Asimismo, también se realizó un análisis cualitativo del inventario de asertividad (Tabla 8) en donde a través del análisis de contenido de los reactivos de las respuestas mayores al 95%, 7 se refieren a conductas de aproximación y sólo una es de rechazo, dichos reactivos son:

4. (A) Pedir un favor a alguien (96%)
7. (A) Pedir comprensión cuando se tiene miedo (96%)
12. (A) Preguntar cosas íntimas (100%)
14. (A) Pedir una crítica constructiva (100%)
17. (A) Pedir una reunión o cita con alguien (96%)
18. (A) Si una petición inicial suya es rechazada, volver a pedirla (96%)
22. (A) Decir a alguien lo que usted desea de él (96%)
33. (R) Dejar un trabajo (96%)

e) INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD DE MINNESOTA  
(MMPI)

La forma más usual de administración del inventario consiste en un folleto con las instrucciones impresas y una hoja de respuestas en donde el sujeto debe contestar considerando cuán cierta o falsa es para él la proposición.

La forma de calificación manual se lleva a cabo por medio de un juego de plantillas perforadas, de tal forma que permite sumar el número de respuestas dadas para cada escala. Los puntajes brutos obtenidos se anotan en una hoja especial diseñada para trazar el perfil, y posteriormente se convierten en puntajes T

normalizados. En seguida se elabora una clave o código anotando el dígito con que se denomina cada escala, jerarquizándolo de acuerdo al puntaje T del más elevado al más bajo (Ozorio y Rivel, 1986).

Para la muestra de hipertensos se obtuvieron los perfiles individualmente, de los cuales se muestra en la tabla 7 sólo los datos de 23 sujetos, ya que dos fueron invalidados por cumplir más de 3 criterios de invalidación (Rivera, Esquivel y Gómez, 1986).

De los puntajes brutos de cada una de las escalas se obtuvo el promedio y la desviación estándar de las mismas, el cual es representado en el perfil grupal.

En dicho perfil (82' 17069-354/5/14'11) se muestra que en el momento de aplicación los sujetos hipertensos fueron honestos ante la prueba (H), reconocen su problemática (F) y consideran no tener defensas o medios para solucionarlas (K), es decir, presentan el "Pico de ayuda".

En cuanto a las escalas clínicas parece ser que son personas que tienden al aislamiento, son reservadas y aparentemente tímidas en situaciones sociales que le son extrañas (B, 2, 0).

Presentan un interés significativo acerca de su salud (I), lo cual indica la necesidad del sujeto de elaborar una defensa contra sus fallas, intentando justificarlas con sus molestias físicas y prefiriendo reconocerlas como causa de su problemática, en vez de darse cuenta de que ésta es más bien psicológica. Con esto se obtiene una supuesta explicación de sus fracasos, para sí mismo y

para los demás, manifestando a través de su sensación de enfermedad física la búsqueda de tolerancia y aceptación incondicional que convencionalmente se proporciona a los enfermos (Rivera y cols., 1986).

En el momento de la prueba su estado de ánimo es apático, sensible (2), con un nivel de energía ligeramente disminuido (9). Sentimental (3) con tendencias al perfeccionismo, autocríticos y preocupados por problemas insignificantes (7) además de ser ansiosos indecisos y tensos (7).

En la escala 6 presentan preocupación del qué dirán, hipersensibilidad y rigidez en sus relaciones interpersonales, "el mecanismo de defensa que contiene la elevación de esta escala es la proyección a través de la cual el sujeto percibe a los demás como la causa de sus situaciones conflictivas, sus problemas y sus propias fallas" (Rivera y cols., 1986, p. 30).

Finalmente, al parecer muestran su hostilidad en forma indirecta (6,4), no controladas ni restringidas (4) y aparentemente con poca necesidad de afecto (3,5).



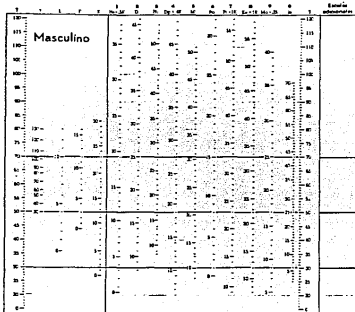
MMPI  
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español  
Staske R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

M  
Masculino

Nombre \_\_\_\_\_ (letra de madre)  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Ocupación \_\_\_\_\_ Fecha de aplicación \_\_\_\_\_  
 Alias actuales o nombres completos \_\_\_\_\_  
 Estado Cnd \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Educado por \_\_\_\_\_



Escalas de	1	2	3	4
10	12	6		
15	12	6		
20	14	6		
25	14	6		
30	13	5		
35	12	5		
40	12	5		
45	12	5		
50	11	4		
55	10	4		
60	9	3		
65	8	3		
70	8	3		
75	8	3		
80	7	2		
85	6	2		
90	6	2		
95	6	2		
100	5	1		
105	5	1		
110	5	1		
115	5	1		
120	5	1		
125	5	1		
130	5	1		
135	5	1		
140	5	1		
145	5	1		
150	5	1		
155	5	1		
160	5	1		
165	5	1		
170	5	1		
175	5	1		
180	5	1		
185	5	1		
190	5	1		
195	5	1		
200	5	1		
205	5	1		
210	5	1		
215	5	1		
220	5	1		
225	5	1		
230	5	1		
235	5	1		
240	5	1		
245	5	1		
250	5	1		
255	5	1		
260	5	1		
265	5	1		
270	5	1		
275	5	1		
280	5	1		
285	5	1		
290	5	1		
295	5	1		
300	5	1		

NOTAS

Personaje natural \_\_\_\_\_  
 Agrupar factor K \_\_\_\_\_  
 Puntuación corregida \_\_\_\_\_  
 D. R. C. Allen esta versión por la EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S. A.  
 Printed by El Manual Moderno, S. A. under license of The Psychological Corporation  
 © 1944, Copyright 1945, by the University of Minnesota



Fecha \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

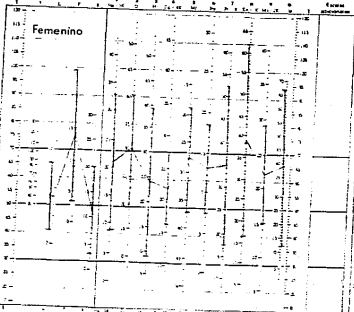
MMPI  
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español  
Staske R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

F  
Femenino

Nombre X. U. GARCIA HERNANDEZ (MEX)  
 Dirección \_\_\_\_\_ (letra de madre)  
 Ocupación \_\_\_\_\_ Fecha de aplicación \_\_\_\_\_  
 Alias actuales o nombres completos \_\_\_\_\_  
 Estado Cnd \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Educado por \_\_\_\_\_



Escalas de	1	2	3	4
10	11	12	6	
15	11	12	6	
20	14	12	6	
25	14	12	6	
30	13	11	5	
35	12	11	5	
40	12	11	5	
45	12	11	5	
50	11	10	4	
55	10	9	4	
60	9	8	3	
65	8	7	3	
70	8	7	3	
75	8	7	3	
80	7	6	2	
85	6	5	2	
90	6	5	2	
95	6	5	2	
100	5	4	1	
105	5	4	1	
110	5	4	1	
115	5	4	1	
120	5	4	1	
125	5	4	1	
130	5	4	1	
135	5	4	1	
140	5	4	1	
145	5	4	1	
150	5	4	1	
155	5	4	1	
160	5	4	1	
165	5	4	1	
170	5	4	1	
175	5	4	1	
180	5	4	1	
185	5	4	1	
190	5	4	1	
195	5	4	1	
200	5	4	1	
205	5	4	1	
210	5	4	1	
215	5	4	1	
220	5	4	1	
225	5	4	1	
230	5	4	1	
235	5	4	1	
240	5	4	1	
245	5	4	1	
250	5	4	1	
255	5	4	1	
260	5	4	1	
265	5	4	1	
270	5	4	1	
275	5	4	1	
280	5	4	1	
285	5	4	1	
290	5	4	1	
295	5	4	1	
300	5	4	1	

NOTAS

Personaje natural \_\_\_\_\_  
 Agrupar factor K \_\_\_\_\_  
 Puntuación corregida \_\_\_\_\_



## V. ANALISIS Y CONCLUSION DE RESULTADOS

### 1. ALCANCES Y LIMITACIONES DEL TRABAJO

Antes de analizar los resultados, es necesario señalar que los datos deben ser retomados con cautela por las limitantes del trabajo.

Así, bajo el supuesto de que el estudio fue de tipo Expost-facto, Exploratorio y de Campo, tuvo los propósitos siguientes: 1) Buscar datos preliminares en la conformación de un perfil psicológico del paciente con Hipertensión Arterial Esencial bajo un marco multimodal que sirviera de base a investigaciones posteriores, 2) Analizar si los datos obtenidos en la Historia Clínica se confirmaban o rechazaban con los otros instrumentos de evaluación conductual (Beck, Gambrill y Ritchell, IBT) y 3) Finalmente comparar este tipo de evaluación contra una evaluación tradicional a través del MMPI.

Esto aunado a las limitantes metodológicas como son la falta de un grupo control, de sujetos masculinos y la de un análisis estadístico, hacen difícil declarar que las características encontradas en esta muestra corresponden a las características del paciente con HAE, en lugar de esto, es más conveniente hablar de "Factores asociados que contribuyen y/o mantienen a la Hipertensión, pero que no son exclusivos de ella", por lo menos hasta que se comparen estos datos con otras poblaciones psicosomáticas.

Posteriormente se tratará de explicar más ampliamente algunas limitantes en la investigación las cuales no permitieron realizar

un estudio más completo.

Por otro lado, también es justo mencionar las ventajas del trabajo, como son el haber realizado una evaluación desde una perspectiva Cognitivo Conductual y específicamente Multimodal para conformar una evaluación integral de las características tanto cubiertas como encubiertas de los pacientes.

Asimismo el haber intentado la integración de las características psicológicas no en aislado, sino a través de las modalidades interactivas del BASIC ID tanto a través de análisis horizontal como verticalmente.

El superar la calidad y cantidad de una evaluación tipo rasgo (a través del MMPI) por una donde es posible el análisis funcional de cada una de las categorías.

Y finalmente, el emplear varios instrumentos de evaluación que permitan confirmar o rechazar los datos encontrados en la Historia Clínica lo cual hacen o no más consistentes los resultados.

## 2. ANALISIS MULTIMODAL

El analizar la problemática humana dentro de las 7 modalidades interactivas del BASIC ID permite lograr una comprensión más integral y multidimensional (visión holística) del comportamiento humano. No obstante que la evaluación multimodal no pretende la identificación de los rasgos de personalidad previos, sino el identificar áreas más específicas y cruciales de disfunción psicológica, la historia clínica de Lazarus permite la identificación de factores de la infancia, lo que pudiera en un momento dado ser

relevante en la comprensión de problemas de los adultos y específicamente de la hipertensión arterial esencial.

Sin embargo, también es conveniente tener presente la limitación del enfoque multimodal, esto es, el pobre desarrollo teórico con que cuenta, lo cual lleva necesariamente a la búsqueda de investigación que permita avances en dicho desarrollo.

De este modo, conforme a un análisis vertical de los resultados a través de las modalidades del BASIC ID, al parecer los hipertensos tienen capacidad de discriminación en cuanto a la evaluación de su infancia ya que por un lado la consideran feliz 15(60%) por haber vivido con sus padres, pero por otro lado reconocen que fueron disciplinados primordialmente a golpes 12(48%), desempeñar un rol no correspondiente a su edad 13(52%) y la no compatibilidad entre padres e hijos 13(52%).

Ahora bien, estas características parecen explicar la conducta que ellos desean incrementar, es decir, el trabajar 10 (40%), ya que como un patrón de conducta adquirido a temprana edad (X 8 años), se sigue manteniendo en la edad adulta. Sin embargo, también es cierto que esta conducta además de explicarse por patrones de aprendizaje tempranos por otro lado también se está hablando de una necesidad económica real y actual de estos pacientes, ya que su nivel socioeconómico es de bajos ingresos y la mayoría se dedica solamente al hogar 16(64%). Por lo tanto, se vuelve a enfatizar la importancia de un grupo control que contemple una variedad socioeconómica amplia para comprobar si efectivamente este patrón de conducta se sigue manteniendo o es

exclusiva de este nivel socioeconómico.

En cuanto a las características actuales, se ha especulado mucho acerca del enojo reprimido como causa determinante de la hipertensión, sin embargo se considera que hablar de canalización del enojo más que de represión permitirá una mejor comprensión de dicho afecto, ya que si por represión se entiende la imposibilidad de actuar, esto no se corrobora con los datos ya que aunque por poco tiempo, el 36% (9) es capaz de gritar o incluso golpear a los hijos, no hablar 6 (24%), comer 7 (28%) o salir a caminar 5 (20%), por lo que se deduce que no es una represión sino una inadecuada canalización del enojo desde una perspectiva asertiva, ya que son personas con déficit lo cual se confirma en el inventario de Aserción.

De igual modo, a través de un análisis funcional y horizontal del afecto, el enojo va dirigido hacia los hijos 14 (56%) y esposa 11 (44%) y no lo expresan principalmente por "miedo a explotar" 10 (40%), es decir, a la inhabilidad para expresar su molestia en forma asertiva (lo que también se confirma en el inventario de Afirmitividad) (Este dato es contrario a lo encontrado por Ploce y cols., 1985 y Osorio y Rios, 1986, sin embargo es apoyado por Baer y cols., 1979; Cochrane, 1973 y Pilowski y cols., 1973).

En esta misma modalidad, la de afecto, se pudo realizar un análisis horizontal de la problemática familiar, es decir, los afectos negativos (enojo, tristeza, temor) son experimentados por la situación familiar, la conducta más consistente fue la de llorar por los problemas familiares 14 (56%) y en la modalidad de

cogniciones se sienten desilucionados de los hijos y esposo 13 (52%) y consideran a la personalidad del esposo como "mala" 15 (60%).

Asimismo, existe una contradicción en el autoreporte de la muestra, ya que aunado a lo anterior también se reporta el tener una imagen de ser amada por los hijos y esposo 10 (40%), el estar feliz y esperanzada 15 (60%) de ellos y el considerarlos las personas más importantes 21 (84%).

Lo anterior lleva a suponer que las aspiraciones de esta muestra es desproporcionada a sus expectativas, es decir, exigen más de lo que tienen de las demás personas, lo que se confirma con el inventario de ideas irracionales 2, 3 y 6, lo que habla de personas perfeccionistas y aprehensivas con ellas y con los demás. (Acorde con Jenkins, 1978; Mc Craine, 1986; Shapiro y Goldsten, 1982; Ploeg, 1985; van Doornen, 1980).

Sin embargo, es conveniente en este punto indagar un poco más acerca de la contradicción de los afectos.

Finalmente en esta modalidad, los afectos encontrados en la Historia Clínica se confirman con los encontrados en el inventario de Depresión.

Desgraciadamente en la siguiente modalidad, las sensaciones son múltiples, sin embargo no se pudo determinar si existían antes de la enfermedad o efectivamente como los pacientes lo reportan son producto de la hipertensión y/o medicamento, lo que no permite hacer inferencias precisas en esta modalidad.

En cuanto a las cogniciones, son personas que conservan más o menos intacto su autoconcepto positivo (Acorde a Csorio y Rios, 1986). Asimismo, reconocen algunas causas que les perturba como por ejemplo, los errores de otros 18 (72%), la insatisfacción sexual 17 (68%) y el recuerdo de una vida rutinaria a partir de los 20 años. Estos dos puntos pudieran explicarse con base a una situación traumante en su infancia, es decir, a un promedio de 13 años (rango de 11-15) estas personas tuvieron una reacción de alarma ante la primera vez que menstruaron, no tenían una preparación previa y su reacción fue la de temor y por lo tanto en la vida adulta no están preparadas para aceptar su sexualidad sin inhibiciones.

Cabe mencionar que en el inventario de Depresión de Beck, las cogniciones de preocupación somática 26 (96%) (dato acorde a Ozorio y Rios, 1986) complementa a la Historia Clínica en cuanto permite aclarar que estas personas se preocupan por molestias físicas que no reconocen bajo el rubro de "hipertensión", a la cual consideran como "levemente inquietante", sino por sensaciones secundarias al síndrome hipertensivo, por ejemplo el dolor de cabeza 22 (88%), mareos 19 (76%), boca seca 18 (72%), etc. En forma anecdótica, se dirá que a todas las personas que se pudo contactar, incluyendo la presente muestra (25) se les explicaban algunas generalidades de su enfermedad, así como la importancia de ingerir los medicamentos en forma adecuada y finalmente también explicarle las cifras de presión sanguínea, con lo cual se cree haber contribuido por un lado, al rapport de la entrevista, ya que

un 68% (17) refirieron sentirse "bien" en las mismas, y por otro lado, haber contribuido a la estabilidad de la presión ya que fue frecuente volver a ver a estas personas en el Hospital y su presión estaba controlada, cosa que en algunas de ellas no se había logrado anteriormente.

Por otro lado, el reactivo de pesimismo 20 (80%) en el inventario de Beck concuerda con la idea número 4 del IBT. (catastrofismo) en cuanto a la actitud negativa mostrada.

La modalidad de relaciones interpersonales muestra que son personas que no tienen problemas de interacción social, pero por el hecho de que no se exponen a las contingencias de reforzamiento, es decir, prefieren aislarse y estar solas 13 (52%). Esta área es congruente y se complementa con el inventario de Afirmatividad, es decir, los dos muestran un déficit en las relaciones interpersonales de los hipertensos, sólo que en la Historia Clínica se hace alusión del motivo del déficit (prefieren estar solas) y en el inventario se proporcionan datos del tipo de déficit (en este caso déficit en habilidad) (Dato contrario a la investigación de Harburg y cols., 1972).

No obstante la confirmación de los puntajes obtenidos en los dos instrumentos de evaluación mencionados, se requeriría su comparación con un grupo control para declarar si efectivamente el contenido de los reactivos deficitarios corresponden a los hipertensos o son propios de la población en general.

En cuanto al bienestar físico, son personas que tal vez desidia



a su condición socioeconómica, es de esperarse un ambiente adverso para no tener paseos en su tiempo libre 20(80%), una alimentación no balanceada 19(76%) y continuar en un trabajo que consideran rutinario 19(76%).

Un factor que contribuye y fomenta la hipertensión es la falta de ejercicio físico, sin embargo el 80% (20) de estas personas no lo realiza posiblemente debido a la fatigabilidad 21(84%) reportada en el inventario de Depresión.

Finalmente, creemos que toda enfermedad psicósomática no lleva únicamente una sintomatología sino que se presentan otras quejas físicas secundarias o interactivas a ella, y en este caso las más frecuentes son el insomnio 12(48%), dificultad para conciliar el sueño 13(52%) y problemas intestinales 15(60%).

Es importante mencionar que en el inventario de Depresión de Beck se puntúa 15(60%) en el reactivo de perturbación del sueño. Sin embargo, a través de este análisis cuantitativo no se discrimina específicamente cómo es el tipo de perturbación, la cual a través del análisis funcional de la Historia Clínica sí se logra diferenciar que el insomnio es referido por los pacientes cuando su sueño es interrumpido, y los problemas del sueño se refieren a la dificultad de conciliar el sueño en la noche o a despertar más temprano en la mañana.

De este modo, a lo largo del análisis anterior, se pudo observar cómo los instrumentos complementan, verifican o rechazan a los datos obtenidos en la historia clínica, y a su vez ésta le

da sentido a los instrumentos al aclarar la información. Por lo tanto, hasta este momento se han cumplido los dos primeros propósitos de la investigación, es decir, conformar un perfil psicológico del paciente con hipertensión arterial esencial a través de un marco multimodal y analizarlos junto con los otros instrumentos de evaluación conductual.

Ahora bien, a continuación se tratará de cumplir con el tercer propósito, el comparar la evaluación conductual mencionada, contra una evaluación tradicional a través del MMPI.

En el MMPI, la escala 1 alta indica la presencia de un interés significativo por la salud, sin embargo no se indica a qué esfera concretamente se refiere, en cambio la evaluación multimodal permite la clasificación de los síntomas y aunque no se pudo hacer la distinción entre las producidas por la hipertensión y/o el medicamento y las concomitantes a un desorden psicológico, sí se pudo detectar cuáles son los síntomas más frecuentes en estos pacientes.

De igual modo, mientras que el MMPI hace referencia a personas con tendencias a aislarse, reservadas y aparentemente tímidas en situaciones sociales, la evaluación multimodal es más concisa al precisar tanto las relaciones con el esposo (en este caso la mayoría mala), con los hijos, en el trabajo y en su medio, es decir, proporciona el tipo de habilidad o no habilidad específico y con qué persona es referido.

Otro rubro del MMPI se refiere a la hipersensibilidad y

rigidez en las relaciones interpersonales, sin embargo en la historia clínica se precisa que estas personas no se exponen a las contingencias del reforzamiento además de presentar mayor déficit en aproximación con extraños.

Una categoría más del MMPI fue la de que estas personas expresan la hostilidad en forma indirecta, hecho que como ya se vió, es cierta, pero ¿de qué forma es expresada?, de acuerdo a la HC. 1) golpeando a los hijos 2) no hablando, 3) saliendo a caminar ó 4) comiendo y ¿por qué no lo expresan? pues porque presentan un déficit en la habilidad para expresar su molestia en forma asertiva, tienen "miedo a explotar".

Asimismo, también se reporta ansiedad, tensión, sensibilidad y apatía lo cual se confirma con el Inventario de Depresión de Beck, pero además se especifican las manifestaciones a través de todas las modalidades del BASIC ID, es decir, con inhibición del trabajo, con brotes de llanto, fatigabilidad, etc. (Para mayor detalle ver tabla 3). (Dato acorde Ozorio y Rios, 1966).

Se reporta un nivel de energía disminuido en el MMPI, sin embargo, nuevamente por sí solo, este rasgo no aclara el por qué ni el cuándo se da esta disminución, lo cual en el Beck sí se especifica que el sujeto tiene la sensación de fatigabilidad (84t) que al parecer es debido al medicamento ingerido según su autoreporte, pero el cual no se pudo confirmar con precisión debido a cuestiones de viabilidad y tiempo.

El dato de tendencias perfeccionistas es acorde en la evaluación tradicional y multimodal, sólo que en esta última a través de un análisis de contenido de la escala 2 del IBT (perfeccionismo), las tres frases más altas fueron (tabla 6):

2. Odio fracasar en algo 19 (76%)
42. Es importante tener éxito en todo lo que hago 22 (88%)
52. Me molesta muchísimo cometer errores 21 (84%)

Las frases sí especifican cuál es el contenido que lleva a la tendencia a la perfección, pero no se aclara el porqué ni el cómo, o con qué personas, por lo tanto en este punto hace falta mayor investigación.

Finalmente, en los dos tipos de evaluación se reporta la indecisión y en el Beck se encontró que estas personas no participan en la toma de decisiones familiares y el esposo es el que decide. Sin embargo, aún falta aclarar el porqué y cuándo se adopta esta postura.

De este modo, se puede observar que los resultados indican que mientras la evaluación tradicional aporta rasgos generales de las personas, la evaluación conductual específica cada una de las conductas, lo cual hace la diferencia entre estas dos aproximaciones y explica por sí misma la ventaja de emplear una evaluación conductual y específicamente multimodal en la búsqueda de mayor información en lo que se refiere al perfil integral del hipertenso.

Sin embargo, como se había mencionado, la evidencia científica en cuanto a los factores de riesgo es todavía débil, por lo que

una evaluación de este tipo a pesar de haber sido de gran avance en el campo, no cuenta con otros estudios con los cuales se comparen los datos, por lo que sólo en algunas categorías se pudo realizar tal comparación.

### 3. LIMITACIONES DE LOS INSTRUMENTOS CONDUCTUALES

No obstante que los instrumentos de evaluación han sido valiosos en la recopilación de los datos, es necesario mencionar una de las desventajas más comunes entre ellos, y a nuestro parecer la más importante:

Los tres instrumentos proporcionan un índice cuantitativo, el cual no obstante ser útil en la clasificación y manifestación del problema, encubren datos relevantes y específicos que pudieran ser o no problemáticos para el sujeto. Estos datos únicamente cuantitativos llevan a no poder diferenciar más específicamente las características propias de varios tipos de población y a la no identificación de áreas cruciales de disfunción psicológica, objetivo de la evaluación Multimodal.

Afortunadamente, este inconveniente se puede manejar y superar a través de la realización de un análisis cualitativo a través de la obtención del porcentaje de los reactivos de cada prueba y el análisis funcional de los mismos.

Por lo tanto, se sugiere el empleo tanto de índices cuantitativos como cualitativos en la comprensión de la problemática humana.

### 4. NIVELES DE PREVENCIÓN

Ahora bien, en caso de que los datos encontrados fuesen confirmados al compararse en posteriores investigaciones, se desprende la importancia de enfocarlos interdisciplinariamente a través de programas de intervención en los que se destaque la labor y participación del psicólogo en los programas de salud a los tres niveles de prevención.

**NIVEL PRIMARIO.** En este nivel se exige preocupación por todo aquello que sucede antes de la consulta, lo que significa actuar sobre la etiología multifactorial:

- a) Fomentar a través de la educación, un estilo de vida que les permita evaluar más satisfactoriamente los patrones estresantes generados por las limitaciones del sistema social. Por ejemplo manejar asertivamente los afectos.
- b) Fomentar la investigación de los factores de riesgo de la hipertensión en forma integral.
- c) Promover la importancia de la psicoterapia para atender los problemas emocionales que pudieran existir y que podrían llevar a que se presentaran niveles elevados de presión sanguínea.
- d) Fomentar la educación de factores de riesgo asociados al síndrome hipertensivo. Por ejemplo la disminución de peso, sal, grasa, alcohol, etc., por una parte, y el aumento de distracción y ejercicio por otra parte.

**NIVEL SECUNDARIO.** Este nivel se dirige al diagnóstico y tratamiento.

- a) Promover la toma frecuente de la presión arterial, con la finalidad de que en caso de que se presentaran problemas arteriales éstos puedan ser detectados y atendidos a tiempo.
- b) Sensibilizar a la comunidad para que comprenda la importancia del tratamiento de la enfermedad (Recuérdese que la hipertensión muchas veces es asintomática, por lo que no representa problema al paciente).
- c) Esclarecer las dudas que los pacientes pudieran tener acerca de su enfermedad o de los medicamentos ingeridos y que pudieran contribuir para que se diera una falta de adherencia terapéutica.
- d) Utilización de enfoques terapéuticos oportunos y de forma integral que hayan demostrado efectividad en el trastorno, además del tratamiento farmacológico.

**NIVEL TERCIARIO.** Las acciones a este nivel se orientan a controlar y detectar las complicaciones del padecimiento de un paciente crónico. Cuando el paciente ha pasado por diferentes tratamientos, generalmente posee un cuadro de alteración psicológica considerable, que hace necesario para éste:

- a) Efectuar un estudio integral.
- b) La corrección de trastornos emocionales.
- c) La utilización de enfoques terapéuticos validados y adoptados a las características individuales del paciente.
- d) El trabajo a nivel del médico social para lograr un entorno

que garantice la rehabilitación y haga perdurar los beneficios terapéuticos.

##### 5. PROPUESTAS PARA FUTURAS INVESTIGACIONES

Después de haber mencionado la interpretación de los datos encontrados en esta muestra y haber mencionado las limitaciones del trabajo, es importante proponer algunas ideas para futuras investigaciones teniendo en cuenta la experiencia de la presente:

1. Realizar la evaluación multimodal en sujetos hipertensos que no estén bajo tratamiento médico, con la finalidad de diferenciar la sintomatología física.

Cabe mencionar que en este estudio no se pudo controlar esta variable debido a que todos los pacientes que acudían al Hospital llegaban con tratamiento farmacológico.

2. Trabajar con una población más grande donde se incluyan sujetos control, sujetos hombres y un nivel socioeconómico variado, con el propósito de obtener representatividad de la muestra.

En este estudio no fue posible la inclusión de sujetos masculinos ya que debido a la fluidez de la población que acude al Hospital, la mayoría son del sexo femenino, pero aún los pocos hombres que acudieron, algunos no aceptaron colaborar en la investigación por varios motivos: a) falta de tiempo, b) parece ser que les causa mucha angustia el contestar los inventarios, y c) deserción (de 7 sujetos que habían aceptado colaborar, todos desertaron aproximadamente en la 2ª sesión de evaluación).



Asimismo, no se conformó un grupo control y un nivel socioeconómico más variado debido a falta de tiempo y a los problemas de viabilidad para conformar la muestra ya que para la conformación de los 25 sujetos de la muestra se trabajó en el Hospital 8 meses e incluso se les buscó en su casa cuando desertaban, lo que no permitió la posibilidad de incluir a otros grupos.

3. Emplear la evaluación multimodal en diferentes poblaciones psicosomáticas con el fin de investigar si existen características psicológicas afines y/o diferentes entre ellas.
4. De ser posible conformar los grupos anteriores, realizar un análisis estadístico, por ejemplo la Chi cuadrada. Esta prueba fue empleada por Ozorio y Rios (1986) con el objeto de observar: 1) Si existían diferencias significativas en ciertos rasgos de personalidad entre dos muestras independientes a través de ciertas combinaciones de las escalas del MMPI, 2) Observar si existen diferencias significativas en las respuestas dadas a la entrevista entre ambos grupos.
5. Realizar un análisis estadístico cruzado entre los resultados de los inventarios adicionales y la Historia Clínica el cual en esta investigación no fue posible debido a la restricción del tiempo para concluir el trabajo.

Finalmente, quisiéramos concluir con un comentario que refleja la indiferencia ante la importancia de los programas de salud y a

planeación sanitaria en México, es decir, a la falta de atención requerida por un lado a la investigación, y por otro, a las instituciones de salud, en este caso el Hospital General de México, lo cual se refleja en forma patente en la falta de adherencia terapéutica en los pacientes hipertensos (entre otros) en donde el médico debido a la gran cantidad de pacientes atendidos, no le presta la atención suficiente a la persona (hipertenso), es decir, no le presta más que el tiempo requerido para entregarle la receta.

Sin embargo, creemos que la causa de tal conducta no está en que el médico sea "deshumanizado", sino que dadas las demandas del Hospital, así como la restricción de tiempo y espacio, llevan a tal situación, por lo tanto, los programas de salud sustentan aún muchas deficiencias que desgraciadamente repercuten en el médico y con más consecuencias en los pacientes.

## R E F E R E N C I A S

- Ader, R. (1980). Psychosomatic and psychoimmunological research. Psychosomatic Medicine, 42, 307-321.
- Agras, W., Schneider, J. y Taylor, C. (1984). Relaxation training in essential hypertension: A failure in relaxation procedures. Behavior Therapy, 15, 191-196.
- Alcaraz, V.M. (1977). Extensiones de las técnicas de condicionamiento a las perturbaciones psicósomáticas y la medicina. En Enseñanza e Investigación en Psicología, 3, 83-96.
- Alcocer, D.B.L. y González, C.A. (1977). Hipertensión arterial. Diagnóstico y tratamiento. México: La Prensa Médica Mexicana.
- Alexander, F. (1939) Emotional factors in essential hypertension of a tentative hypothesis. Psychosom Med, 1, 173-179.
- Anthony, C.P. y Thibodeau, G.A. (1983) Anatomía y fisiología. (S. Sapiña, trad.). México: Interamericana. (Trabajo original publicado en 1970).
- Arieti, S. y Bemporad, J. (1981). Psicoterapia de la depresión. Argentina: Paidós.

- Baer, P.E., y Collins, P.H., Bourianoff, G.G. y Ketchel, M.F. (1979). Assessing personality factors in essential hypertension with a brief self-report instrument. Psychosom Med. 41, 321-330.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelsohn, H., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. Archs. gen. Psychiat. 5, 561-571.
- Bell, B.A. y Symon, L. (1979). Smoking and subarachnoid hemortage. Br Med J. 1, 577-578.
- Benenson, H., Shapiro, D., Turskey y Schwartz, G. (1971). Decreased systolic blood pressure through operant conditioning techniques in patients with essential hypertension. Science. 173, 740-742.
- Bernstein, D.A. y Nietzel, M.T. (1982). Introducción a la Psicología Clínica (H. Abasta y R.M. Vilaplana, Trads.). México: McGraw-Hill. (Trabajo original publicado en 1980).
- Budzynski, T., Stoyva, J. y Adler, Ch. (1970). Feedback induced muscle relaxation: Application to tension headache. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 1, 205-211.
- Buell, J. C. y Eliot, R.S. (1979). The role of emotional stress in the development of heart disease. J. Med. Ass. 242, 365-369.
- Buss, A. H. y Durkee, A. (1957). An inventory for assessing different kinds of hostility. J. Consult. Psychol. 21, 243-248.

Carmelli, D., Swan, G.E. y Rosenman, R.H. (1985). Cross-family correlates of blood pressure in the western collaborative group study. Journal of Behavioral Medicine, 9 (4), 325-346.

Carrobbles, J.A. I., Cardona, A. y Santacreu, J. (1981). Shaping and generalization procedures in EMG - biofeedback treatment of tension headaches. British Journal of Clinical Psychology, 30, 49-56.

Cochrane, R. (1969). Neuroticism and the discovery of high blood pressure. J. Psychosom. Res., 13, 21.

Cochrane, R. (1973). Hostility and neuroticism among unselected essential hypertensives. J. Psychosom. Res., 17, 215-218.

Cooke, K. M. Frost, G.W. y Stokes, G.S. (1983). Blood pressure and its relationship to low levels of alcohol consumption. Clin. Exp. Pharmacol. Psychol., 10, 229-244.

Cotler, S. y Guerra, J. (1976). Assertion training. A humanistic behavioral guide to self-dignify. New York: Research Press.

Cruz-Coke, R., Etcheverry, R., y Nagel, R. (1964). Influence of migration on blood-pressure of Easter islanders. Lancet, 7316, 697-699.

Chávez, R.I. (1980). Epidemiología de la hipertensión arterial en México. En A. González y L. Alcocer (Eds.). Hipertensión Arterial (pp. 15-31). México: Ediciones Médicas Actualizadas.

Chávez, R.I. (1984). Hipertensión arterial esencial (tomo I). México: Croissier.

Derogatis, L.R., Rickels, K. y Rock, A.F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. Br. J. Psychiat., 128, 280-289.

Dijl, H. van der. (1978). The A/B typology according to Friedman and Rosenman and an effort to test some of the characteristics by means of a psychological test (RSL or BUL). J. Psychosom. Res., 22 101-109.

Doornen, L.J.P. van (1978). Psychofysiologisch onderzoek (research report) (Dutch Heart Foundation).

Doornen, L.J.P. van. (1980). The coronary risk personality: Psychological and psychophysiological aspects. Psycother. Psychosom., 34, 204-215.

Ellis, A. (1962). Reason and emotion in psychotherapy. New York: Lile Stuart.

Ellis, A. (1973) Humanistic psychotherapy. The rational-emotive approach. New York: Mc Graw-Hill.

Ellis, A. y Harper, R.A. (1975). A new guide to rational living. New York, Prentice Hall.

Ellis, A. y Whiteley, J. (1979). Theoretical and empirical foundations of rational emotive therapy. New York: Brooks/Cole Publishing Company.

Engel, B.T. (1972). Operant Conditioning of cardiac function: A status report. Psychophysiology, 9, 61-177.

Ewart, C.H., Burnett, K.F. y Taylor, C.B. (1983) Communication behaviors that affect blood pressure. Behavior Modification, 7, (3), 331-334.

Ewart, C.K., Taylor, C.B., Kraemer, H.C. y Agras, W.S. (1984). Reducing blood pressure reactivity during interpersonal conflicts: Effects of marital communication training. Behavior Therapy, 5 (5) 473-484.

Fabrenberg, J., Selg, H., Hampel, R. (1978). Das Freiburger Persönlichkeitsinventar, Handbuch (Verlag für Psychologie Dr. C. J. Hogrefe, Göttingen).

Falkner, B., Onesti, G., Angelakos, E.T., Fernandes, M. y Langston, C. (1979). Cardiovascular response to mental stress in normal adolescents with hipertensive parents. Hipertension, 1, 23-30.

- Feij, J. (1974). An investigation into the meaning of the achievement motivation test I. Questionnaire correlates. Ned. Tijdschr. Psychol, 29, 171-190.
- Flórez, A.L. (1981). El tratamiento de la hipertensión esencial mediante técnicas de retroalimentación biológica. Manuscrito inédito ENEP Zaragoza. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Fontaine, R. y Boisvert, D. (1982). Psychophysiological disorders in anxious patients: Hipertensión e Hipotensión. Psychother. Psychosom, 38, 165-172.
- Freud, S. (1965). Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud. London: Hogarth Press.
- Friedman G.D., Klatsky, A. L. y Siegelau, A.B. (1982). Alcohol tabaco and hypertension. Hypertension, 4, 143-150.
- Gambrill, E. y Richey, C. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research. Behav. Ther, 6, 350-362.
- Geraldi, R.J., Blanchard, E.B. y Andrasik, F. (1985). Psychological dimensions of 'office hypertension'. Behav. Res. Ther, 23 (5) 609-612.
- Golfried, M.R., y Kent, R.N. (1976). Traditional versus behavioral personality assessment: A comparison of methodological and theoretical assumptions. En E. J. Mash y L.G. Terdal (Eds.). Behavior Therapy Assessment: Diagnosis, Design, y Evaluation. ( ) New York: Springer Publishing Company.



González, C.A. y Alcocer, D.B.L. (1980). Uso práctico de los principales medicamentos antihipertensores. En A. González y L. Alcócer (Eds.). Hipertensión Arterial (pp. 407-419). México: Ediciones Médicas Actualizadas.

González, C.A. y Alcocer, D.B.L. (1982). La historia clínica del paciente con hipertensión arterial. En A. González y L. Alcocer (Eds.). Memorias del Segundo Curso Interamericano sobre Hipertensión Arterial. (pp. 177-181). México: Ediciones Médicas Actualizadas.

González E. (1976). El tiempo libre del trabajador. El Hombre y el Trabajador, 166-175.

Harburg, E., Blakelock, E.H. y Roeper, R.J. (1979). Resentful and reflective coping with arbitrary authority and blood pressure. Psychosomatic Medicine, 41, 189-202.

Heine, B. (1971). Psychosomatic aspects of hipertension Postgraduate Medical Journal, 47, 541-548.

Hennekens, Ch. (1983). Alcohol. En N.M. Kaplan y J. Stamer (Eds.) Prevention of coronary heart disease (pp. 130-138). Philadelphia: Saunders

Hermans, H. (1967). Motivatie en prestatie diss (Swets & Zeitlinger, Amsterdam).

Hess, W. R. (1957). Functional organization of the Diencephalon New York: Grane Straton.

Hoelscher, T.J., Lichstein, K.L. Fisher, S. y Hegarty, T. B. (1987) Relaxation treatment of hypertension: Do home relaxation tapes enhance treatment outcome?. Behavior Therapy, 18, 33-37.

Holmes, T. y Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scale. J. Psychosom. Res., 11, 213-218.

Hollon, S. y Beck, A. (1979). Cognitive therapy of depression. En P. Kendall y S. Hollon (Eds.). Cognitive behavioral interventions: Theory, research, and procedures. New York: Academic Press.

Jenkins, C.D. (1978). Behavioral risk factors in coronary artery disease. Ann. Rev. Med. 29, 543-562.

Jones, R. G. (1968). A factored measure of Ellis irrational belief systems, with personality and maladjustment correlates. Tesis doctoral inédita, Texas Technological College.

Kaplan, N. M. (1980) Hipertensión clínica. México: Manual Moderno.

Kaplan, N.M. (1985) Hipertensión clínica. México: Manual Moderno.

- Kellner, R. y Sheffield, B.F. (1973). A self-rating scale of distress. Psychol. Med. 3, 88-100.
- Kendall, P. y Hollon, S. (1979). Cognitive-behavioral interventions: Theory, research and procedures. (tomo I) New York: Academic Press.
- Kerlinger, F.N. (1975). Investigación del comportamiento. Técnicas y metodología (R. J. Blengio y J. C. Pecina, Trads.). New York: Interamericana (Trabajo original publicado en 1973).
- Krisst, D. y Engel, B. (1975). Learned control of blood pressure in patients with high blood pressure. Circulation, 51, 370-378.
- Lange, A. J. y Jakubowski, P. (1976). Responsible assertive training. New York: Research Press.
- Lazarus, A.A. (1976). Multimodal behavior therapy. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, A.A. (1980). Terapia conductista (R. Alemán, Trad.) Buenos Aires: Paidós. (Trabajo original publicado en 1971).
- Lazarus, A.A. (1981). The practice of multimodal therapy. New York: McGraw-Hill.

Lazarus, R.S. (1966) Psychological stress and the coping process. New York: McGraw-Hill.

Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos (M. Zaplana, Trad.). Barcelona: Martínez Roca. (Trabajo original publicado en 1984).

Levine, S., Weinberg, J., y Ursin, H. (1978). Definition of the coping process and statement of the problem. En H. Ursin, E. Baade, y S. Levine (Eds.). Psychobiology of stress; A study of coping men. Nueva York: Academic Press.

Locke, H. J. y Wallace, K.W. (1959). Short test of marital adjustment: Their reliability and validity. Journal of Marriage and the family, 21, 251-255.

Luria, A. (1978). Sensación y percepción. Barcelona: Fontanella.

MacGregor, G.A., Markandu, N.D., Best, F.E., et al. (1982). Double blind randomized crossover trial of moderate sodium restriction in essential hypertension. Lancet, 1, 351-355.

MacMahon, S.W., Blacket, R.B., Macdonald, G.J. y Wall, W. (1984). Obesity, alcohol consumption and blood pressure in Australian men and women: The National Heart Foundation of Australia Risk Factor Prevalence Study. J. Hypertension, 2, 85-91.

- Mahoney, M. (1983) Cognición y modificación de conducta. México: Trillas.
- Marx, M. H. y Hillix, W.A. (1979). Systems and theories in psychology. New York: McGraw-Hill.
- Marty, P., y M'Uzan, M. (1963) "La pensée opératoire". En Revue Française de Psychoanalyse, 27, supl. 345.
- McCranie, E.W., Watkins, L.O., Brandsma, J.M. y Sisson, B.C. (1986) Hostility, coronary heart disease (CHD), incidence, and total mortality: Lack of association in a 25 year follow-up study of 478 physicians. Journal of Behavioral Medicine, 9, (2), 119-125.
- Miller, N.C. (1969). Learning of visceral and glandular responses. Science, 163, 434-445.
- Moses, L., Daniels, G.e. y Nickerson, J.L. (1956) Psychogenic factors in essential hypertension. Psychosom Med, 18, 471-485.
- Nemiah, J.C. Freyber, H. y Sifneos, P.E. (1976). Alexithymia. A view of the psychosomatic process. Modern Trends in Psychosomatic Medicine. Butterwoods, Londres: O. Hill.
- Noyes, R., Clancy, J., Hoentz, P.R. y Llymen, D.J. (1980). The diagnosis of the anxiety neurosis. Archs. gen. Psychiat., 37, 173-179.
- Núñez, R. (1979). Aplicación del inventario multifásico de la personalidad (MMPI) a la psicopatología. México: El Manual Moderno.
- Osti R.M. Tromboni, G. y Magnani, B. (1980). Stress and distress in essential hypertension. Psychother Psychosom, 33, 194-197.

Ozorio, M.T.J. y Ríos, C.S.C. (1986). Características de personalidad del paciente con hipertensión esencial. Tesis de licenciatura inédita, Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Palacios P. (1983, Mayo). Antecedentes de la terapia Cognitivo-conductual. III Reunión de Psicología de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

Palacios, P. (1989). El perfil multimodal del paciente cefaleico. Tesis de maestría en preparación, Universidad Nacional Autónoma de México.

Parfrey, P.S. Markandu, N.D., Roulston, J.E., Jones, B.E., Jones, J.C. y McGregor, G.A. (1981). Relation between arterial pressure, dietary sodium intake, and renin systems in essential hypertension. Br Med J. 283, 94-97.

Pène, P. (1982). La hipertensión arterial entre los negros de Africa. En A. González y L. Alcocer (Eds.). Memorias Sobre el Segundo Curso Interamericano sobre Hipertensión Arterial (pp. 19-25). México: Ediciones Médicas Actualizadas.

Perini, Ch., Rauchfleisch, U. y Bühler, F.R. (1985). Personality characteristics and renin in essential hypertension. Psychother.

Psychosom, 43, 44-48.

Perloff, D. (1982). Los efectos colaterales nocivos de los medicamentos antihipertensivos. En A. González y L. Alcocer (Eds.) Memorias del Segundo Curso Interamericano sobre Hipertensión Arterial (pp. 309-408). México: Ediciones Médicas Actualizadas.

Pilowsky, I., Spalding, D., Shaw, J. y Körner, P.I. (1973). Hypertension and personality. Psychosom. Med., 15, 50-56.

Ploeg, H.M. van der., Buuren, E.T. van y Brummelen, P. van (1985). The role of anger in hypertension. Psychoter. Psychosom, 41, 188-193.

Ploeg, H.M. van der., Defares, P.B. y Spielberger, C.D. (1979). Zelf-Becoordelings Vragenlijst. STAI versie Dy-1 en versie Dy-2 (Swets & Zeitlinger, Lisse).

Ploeg, H.M. van der., Defares, P.B. y Spielberg, C.D. (1980). Zelf-Analyse Vragenlijst, SPI-DA en TRI-DA (Swets & Zeitlinger, Lisse).

Polaino-Lorente, A. (1985). La depresión. Barcelona: Martínez Roca.

Puente-Silva, F. (1984). Adherencia terapéutica. Implicaciones para México. México:

- Rapado, A. (1982). Estudios epidemiológicos sobre hipertensión arterial en España. En A. González y L. Alcocer (Eds.). Memorias del Segundo Curso Interamericano sobre Hipertensión Arterial (pp. 19-25). México: Ediciones Médicas Actualizadas.
- Ratkin, J.G. y Struening, E.L. (1976). Life events, stress and illness. Science, 194, 1013-1020.
- Rauchfleisch, U. (1979). Handbuck zum Rosenzweig Picture-Frustration Test, 1, 2 (Huber, Bern).
- Reiser, M.F., Brust, A.A., Ferris, E.b. y Cols. (1951). Life situations, emotions, and the course of patients with arterial hypertension. Psychosom Med, 13, 133-319.
- Rim, D.C. y Masters, J.C. (1984). Terapia de la conducta. México: Trillas.
- Rivera J.O., Esquivel, A.F. y Gómez, M.M.E. (1986). Taller sobre el manejo y la interpretación del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI). Manuscrito inédito. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Robertson, D., Hollister, A.S. Kindcaid, D., y Cols. and et a. (1984). Caffeine and hypertension. Am J Med, 77, 54-60.
- Robinson, J.O. (1962). A study of neuroticism and causal arterial blood pressure. Br. J. Soc. Clin. Psychol, 2, 56.



Robinson, J.O. (1968). Symptoms and personality in the diagnosis of physical illness. J. Prev. Med. Sociol., 12, 23.

Rocella, E.J. (Ed.). (1986). Nonpharmacological Approaches to the Control of High Blood Pressure. Final Report of the subcommittee on Nonpharmacological Therapy of the 1983 Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (Report special). Hypertension, 8 (5), 444-467.

Santonastaso, P., Canton, G., Ambrosio, G.B. y Zamboni, S. (1984). Hypertension and neuroticism. Psychother. Psychosom. Res., 41, 7-11.

Sainsbury, P. (1960). Psychosomatic disorders and neurosis in out-patients attending a general hospital. J. Psychosom. Res., 4, 271.

Sainsbury, P. (1964). Neuroticism and hypertension in an out-patient population. J. Psychosom. Res., 8, 235.

Shapiro, A., Schwartz, G., Ferguson, D., Redmond, D. y Weiss, S. (1977). Behavioral methods in treatment of hypertension. Annals of Internal Medicine, 86, 626-636.

Shapiro, A. (1960). Psychophysiologic mechanisms in hypertensive vascular disease. Annals Int. Med., 53 (1), 64-83.

Shapiro, D. y Goldstein, I.B. (1982). Biobehavioral perspectives on hypertension. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50, (6), 841-858.

Shapiro, D., Tursky, B., Gershon, E. y Stern, M. (1969). Effects of feedback and reinforcement on the control of human systolic blood pressure. Science, 163, 588-590.

Sim, A. (1976). The consequences of neurosis reverse. Practitioner, 216, 231.

Singer, J.L. (1972). Era of cognition. New York: State Psychological

Singer, J.L. (1974). Imagery and daydream methods in psychotherapy and behavior modification. New York: Academic Press.

Spielberg, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.C. (1970). STAT Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, Calif.

Sterman, M.B. y Priar, L. (1972). Suppression of seizures in an epileptic, following EEG feedback training. Electroencephalography and Clinical Neurophysiology, 33, 88-95.

Thurstone, L.L. (1953). Thurstone Temperament Schedule. Science Research Associates, Chicago.

Valdés, M. y de Flores, T. (1985). Psicobiología del estrés. Barcelona: Martínez Roca.

Villarreal, H., González, C.A., Méndez, L., Sánchez, T. y Serrano, M. (1976). Hipertensión Arterial. Revista de la Facultad de Medicina, 19 (3), 6-32.

Watt, G.C.M., Edwards, C., Hart, J.T., Hart, M., Walton, P. y Fay, C.J.W. (1983). Dietary sodium restriction for mild hypertension in general practice. Br Med J., 286, 432-436.

Wessler, R. y Wessler, R. (1983). The principles and practice of Rational Emotive Therapy. New York: Jossey-Bass.

Woolfolk, R.L. (1976). The multimodal model as a framework for decision-making in the psychoteraphy. En A. Lazarus (Ed.). Multimodal Behavior Therapy (pp.220-240). New York: Springer Publishing Company.

**B**

1. **APORTANTES DE LA EMPRESA**  
- Definir su participación actual 100%

2. **Estadillo años (1911) años**

3. **Mejorar un correspondiente**  
- es en su edad 10%

**A**

1. **Revisión de libros con la**  
- sistema con que manifiestan 10%

2. **Estadillo años (1911) años**

**S**

1. **Revisión de libros con la**  
- sistema con que manifiestan 10%

2. **Estadillo años (1911) años**

**I**

1. **Revisión de libros con la**  
- sistema con que manifiestan 10%

2. **Estadillo años (1911) años**

**C**

1. **Revisión de libros con la**  
- sistema con que manifiestan 10%

2. **Estadillo años (1911) años**

**D**

1. **Revisión de libros con la**  
- sistema con que manifiestan 10%

2. **Estadillo años (1911) años**

1. **Revisión de libros con la**  
- sistema con que manifiestan 10%

2. **Estadillo años (1911) años**

1. **Revisión de libros con la**  
- sistema con que manifiestan 10%

2. **Estadillo años (1911) años**

1. **Revisión de libros con la**  
- sistema con que manifiestan 10%

2. **Estadillo años (1911) años**

1. **Revisión de libros con la**  
- sistema con que manifiestan 10%

2. **Estadillo años (1911) años**

TABLA No. 4

## Inventario de Depresión de Beck

Puntaje X = 19.72 (Depresión Moderada)

Reactivo	Modalidad	V	Contenido
A Estado de ánimo	A	52	Me siento triste o melancólico
B Pesimismo	C	80	Me siento desalentado con respecto al futuro.
C Sent. de Fracaso	C	48	Siento que he fracasado más que la persona promedio
D Falta de satisfacción	A	68	Me siento aburrido la mayor parte del tiempo
E Sentimiento de culpa	C	28	Me siento malo o indigno una buena parte del tiempo
F Sent. de castigo	C	64	Tengo el sentimiento de que algo malo puede sucederme
G Odio a sí mismo	A	48	Me siento desilusionado de mí mismo
H Autoacusaciones	C	76	Me critico mucho por mis debilidades y errores.
I Deseos autopunitivos.	C	48	He pensado dañarme pero no lo llevaría a cabo.
J Brotes de llanto	B	54	Ahora lloro más de lo que acostumbraba
K Irritabilidad	A	72	Ahora me molesto o me irrito más fácilmente que antes.
L Aislamiento Social	K.I.	48	Estoy menos interesado en otras personas de lo que era usual
M Indecisión	C	28	Estoy menos seguro de mí mismo ahora y trato de evitar tomar decisiones
N Imagen corporal	C	40	Me preocupa el que yo parezca viejo o poco atractivo.

O	Inhibición del trabajo	B	72	Tengo que esforzarme más para comenzar a hacer algo.
P	Perturbación del sueño	D	60	No puedo dormir más que 5 horas y me despierto muy temprano diariamente.
Q	Fatigabilidad	S	84	Me canso más fácilmente que antes.
R	Pérdida de apetito	D	24	Mi apetito no es tan bueno como antes.
S	Pérdida de peso	D	20	He perdido más de 3 kg.
T	Perturbación Somática	C	96	Me preocupo por sentimientos corporales desagradables.
U	Pérdida de libido	D	68	Estoy menos interesado en el sexo ahora.

TABLA 5

## Inventario de Ideas Irracionales (I.B.T.)

Sujeto	Ideas Irracionales									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
01	6	7	5	7	5	6	5	6	6	6
02	4	6	3	6	5	6	4	5	6	4
03	2	8	7	5	5	7	5	6	4	5
04	6	7	4	3	2	8	6	5	3	6
05	3	6	6	5	1	6	6	4	6	4
06	6	6	6	5	3	5	4	2	9	6
07	3	3	7	2	6	4	5	5	4	4
08	5	7	6	4	2	6	5	5	5	5
09	4	7	6	4	3	6	6	5	5	4
10	2	3	8	6	6	7	1	4	3	5
11	1	2	6	5	1	2	2	4	3	7
12	5	8	7	4	3	6	6	6	8	4
13	3	6	4	4	1	8	5	6	4	7
14	4	5	7	5	5	3	4	8	6	5
15	3	7	6	2	3	5	4	5	5	4
16	5	4	5	2	1	5	5	4	6	5
17	5	7	6	6	1	6	5	6	6	5
18	2	3	4	4	6	2	3	6	3	6
19	4	7	4	5	1	6	3	4	7	6
20	3	7	6	4	1	6	6	5	6	5
21	5	7	6	4	2	9	4	5	6	6
22	5	7	6	7	3	9	6	7	7	5
23	3	6	4	4	2	3	4	5	5	5
24	2	3	7	4	3	5	5	2	6	6
25	4	4	4	3	1	5	4	3	6	6
$\bar{X}$ /reactivo	3.8	5.7	5.6	4.4	2.8	5.6	4.5	4.9	5.4	5.2
$\sigma$	1.5	1.9	1.1	1.4	1.9	2.0	1.4	1.6	1.5	1.1
$\bar{N}$ /sujetos	36	72	72	44	28	80	56	68	72	76
$\sigma$	0.6	0.8	0.8	0.8	0.6	1.2	0.5	0.9	1.1	0.6

42.. Es importante para mí tener éxito en todo lo que hago	88
52. Soy feliz en algunas actividades porque me gustan, sin importarme si soy bueno en ellas	8
62. Me molesta que otros sean mejores que yo en algo	36
72. Me molesta muchísimo cometer errores	84
82. Frecuentemente me irrito por pequeñeces	56
92. Tengo miedo a las cosas que no puedo hacer bien	64

## Idea No. 3

3. La gente que comete errores merece lo que le pasa	68
13. Muchas personas malvadas escapan del castigo que merecen	88
23. Los que se equivocan merecen ser censurados	56
33. La inmortalidad debe ser fuertemente castigada	100
43. Rara vez culpo a la gente por sus errores	8
53. El miedo al castigo ayuda a la gente a ser buena	80
63. Todos son prácticamente buenos	36
73. Es injusto que "paguen justos por pecadores"	68
83. Con frecuencia doy a quien se equivoca una segunda oportunidad	4
93. Nadie es malo, aunque sus actos parezcan serlo	24

## Idea No. 4

4. Usualmente acepto filosóficamente lo que sucede	72
14. Las frustraciones no me molestan	44
24. Las cosas deberían ser mejores de como son	100



44. Usualmente acepto las cosas como son, aunque no me gusten	12
54. Si las cosas me molestan las ignoro	72
64. Hago lo que puedo para conseguir lo que quiero, sin sentirme culpable por ello	16
74. Me gusta el camino fácil de la vida	48
84. Me disgusta la responsabilidad	20
94. Rara vez me trastornan los errores de otros	20

## Idea No. 5

5. Si alguien quiere, puede ser feliz bajo casi cualquier circunstancia	72
15. Las personas no se perturban por las situaciones, sino por lo que piensan de ellas	32
25. Yo causo mis propios estados de ánimo	20
35. Las gentes miserables se han hecho miserables a sí mismas	20
45. Una persona no está triste o enojada por mucho tiempo a menos que él mismo se haga permanecer así	12
55. Mientras más problemas se tengan, menos feliz será uno	96
65. Nada es en sí mismo molesto, la molestia depende de cómo se interprete el fenómeno	4
75. La mayoría de la gente debería enfrentarse a los aspectos poco placenteros de la vida	40
85. Nunca hay razón para permanecer acongojado por mucho tiempo	40
95. El hombre hace su propio infierno dentro de sí mismo	12

## Idea No. 6

6. Tengo miedo de algunas cosas que a menudo me molestan	68
16. Siento muy poca ansiedad por "lo que pudiera ocurrir de peligroso o inesperado"	32
26. No puedo olvidarme de mis preocupaciones	72
36. Si no puedo impedir que algo suceda no me preocupo por eso	32
46. No puedo tolerar el probar fortuna	56
56. Rara vez me preocupo por el futuro	52
66. Me preocupo demasiado por las cosas futuras	80
76. Algunas veces no puedo eliminar mis temores	76
86. Casi nunca pienso en cosas como la muerte o la guerra atómica	40
96. Frecuentemente me descubro planeando lo que haré en ciertas situaciones de peligro	56

## Idea No. 7

7. Con frecuencia voy retrasando decisiones importantes	76
17. Siempre trato de salir adelante y dejar terminadas las tareas desagradables cuando se me presentan	8
27. Evito enfrentar mis problemas	60
37. Usualmente tomo decisiones lo más rápidamente que puedo	72
47. La vida es demasiado corta para gastarla en tareas poco placenteras	84
57. Rara vez abandono las cosas	32

67. Me es difícil hacer tareas desagradables	72
77. La vida fácil es muy rara vez recompensante	16
87. Las personas son más felices cuando se enfrentan a desafíos o problemas a vencer	28
97. Si algo es necesario lo hago, por muy poco placentero que resulte	0

## Idea No. 8

8. Todos necesitan depender de alguien para pedirle ayuda y consejo	64
18. Trato de consultar con un experto antes de tomar decisiones importantes	92
28. La gente necesita una fuente de poder fuera de ella misma	76
38. Hay ciertas personas de las cuales dependo mucho	80
48. Me gusta sostenerme en mis propios pies	0
58. Soy el único que puede realmente resolver mis problemas	28
68. Me desagrada que otros tomen decisiones por mí	20
78. Es fácil buscar consejo	72
88. Me disgusta tener que depender de alguien	36
98. He aprendido a no esperar que algún otro esté muy interesado en mi bienestar	16

## Idea No. 9

9. "El que nace para maceta, del corredor no pasa"	56
19. Es casi imposible vencer las influencias del pasado	56

29. Si algo afectó fuertemente tu vida alguna vez, no significa que tenga que seguir haciéndolo en el futuro	20
39. La gente sobrevalora la influencia del pasado	80
49. Si hubiera tenido diferentes experiencias yo sería más como me hubiera gustado ser	90
59. Rara vez pienso que las experiencias pasadas me están afectando ahora	20
69. Somos esclavos de nuestra historia personal	60
79. Si algo afectó tu vida alguna vez, siempre lo haré	32
89. En el fondo, la gente nunca cambia	80
99. Yo no miro al pasado con remordimiento	20
Idea No. 10	
10. Siempre hay una forma correcta de hacer cualquier cosa	96
20. No hay solución perfecta para algo	40
30. Rara vez hay una solución fácil a las dificultades de la vida	84
40. Siempre tendremos algunos problemas	12
50. Cada problema tiene una solución perfecta	76
60. Vivimos en un mundo incierto y de probabilidad	0
70. Es raro hallar una solución perfecta para algo	20
80. Es mejor encontrar una solución práctica que una perfecta	20
90. Siento que debería manejar las cosas en forma correcta	100
100. No hay nada mejor a un conjunto ideal de circunstancias	88

## TABLA No. 8

## Inventario de Afirmatividad de Gambrill y Richey

Déficit Asertivo total=  $\bar{X}$  83.88

Contenido	A
1. R Rechazar una petición para prestar su automóvil	83
2. A Elogiar a un amigo	60
3. R Decir no a un vendedor insistente	68
4. A Pedir un favor a alguien	96
5. R Rechazar una invitación a una reunión	88
6. A Disculparse cuando se está en un error	80
7. A Pedir comprensión cuando se tiene miedo	96
8. R Decirle a un conocido íntimo que ha dicho algo que a usted le molesta	80
9. A Preguntar el tener una duda	80
10. A Aceptar ignorancia en alguna área	76
11. R Rechazar una petición para prestar dinero	84
12. A Preguntar cosas íntimas	100
13. R Callar a un amigo hablantín	88
14. A Pedir una crítica constructiva	100
15. A Iniciar una conversación con extraños	76
16. A Elogiar a una persona que a usted le interesa sentimentalmente	68
17. A Pedir una reunión o cita con alguien	96
18. A Si una petición inicial suya es rechazada, volver a pedir	96
19. A Aceptar y pedir la aclaración sobre algo que no se ha entendido	88

20. A Solicitar un empleo	68
21. A Preguntar si ha ofendido a alguien	68
22. A Decir a alguien lo que usted desea de él	96
23. R Pedir el servicio esperado cuando éste no llega (en un restaurante)	80
24. A Discutir abiertamente con las personas las críticas a su conducta	88
25. R Rechazar cosas defectuosas en tiendas, etc.	80
26. R Expresar su desacuerdo con quien se habla	88
27. R Rechazar insinuaciones sexuales cuando no se está interesado (a)	84
28. R Decirle a una persona lo injusta que ha sido	88
29. R Aceptar una cita	88
30. A Dar a alguien buenas noticias sobre usted	76
31. R Resistir la insistencia para beber	60
32. R Resistir una petición injusta de alguien quien usted estima	84
33. R Dejar un trabajo	96
34. R Resistir la insistencia para cambiar su opinión	76
35. R Discutir francamente las críticas que le hagan a su trabajo	84
36. R Solicitar el regreso de cosas que prestó	92
37. A Aceptar cumplidos y elogios	76
38. R Continuar conversando con alguien con quien no estamos de acuerdo	92
39. R Decir a un amigo o compañero de trabajo que ha dicho o hecho algo que a usted le molestó	76
40. R Pedir a una persona que deje de hacer lo que a usted le molesta en una situación pública	84

TABLA 7  
Inventario de Afirmitividad de Gasbrill y Richey

Sujeto	Puntajes crudos								Porcentajes								Prueba de Wilcoxon							
	A	R	T	1	2	3	4	C	B	T	1	2	3	4	C	E	h	1	h	A	R	h	h	
01	50	50	100	18	13	18	19	27	31	68	26.5	19.11	26.5	27.9	54.4	45.6	98	36.73	63.3	-	-	13.4	-21	
02	40	45	95	16	14	16	18	34	30	64	25	21.9	25	28.1	53.1	46.9	94	38.3	61.7	-5	-10.5	-21.4	-15	
03	37.5	25	62.5	14	4	9	9	18	18	36	38.9	11.11	25	25	50	50	49	34.7	65.3	12	20	-30.6	-19	
04	50	47.5	97.5	18	15	15	17	32	33	65	27.7	23.0	23	26.15	49.2	50.07	90	57.7	42.3	2.5	5	-15.4	-4	
05	30	17.5	47.5	12	5	4	7	11	17	28	42.8	17.8	14.2	25	39.2	60.7	49	48.9	51	12.5	20	-1.9	-2	
06	42.5	50	92.5	16	16	16	18	34	32	66	24.24	24.24	24.24	27.27	51.5	48.4	79	24.05	75.95	7.5	-14.5	-51.9	-23	
07	37.5	47.5	85	13	15	9	13	22	28	50	26	30	18	26	44	56	69	29.2	60.8	-10	-17.5	-21.6	16	
08	42.5	50	92.5	15	16	16	20	36	31	67	22.39	23.9	23.9	29.8	51.7	46.2	99	58.6	41.4	-7.5	-14.5	17.2	10	
09	50	47.5	97.5	18	12	19	18	17	30	67	26.9	17.9	28.3	26.8	55.3	44.7	101	39.6	60.4	2.5	5	-20.8	-14	
10	40	50	90	14	19	8	14	22	33	55	25.45	34.54	14.5	25.45	40	60	65	61.5	38.5	-10	-17.5	23	18	
11	17.5	10	27.5	6	4	1	0	1	10	11	54.5	36.36	9.09	0	9.09	9.09	20	55	45	7.5	14.5	9	15	
12	47.5	42.5	90	17	13	18	17	35	30	65	26.15	30	27.7	26.1	53.8	46.1	72	15.3	84.7	5	10.5	69.4	-25	
13	47.5	45	92.5	18	12	18	17	35	30	65	27.7	18.46	27.7	26.1	53.8	46.15	80	26.3	73.7	2.5	5	-17.4	-22	
14	42.5	42.5	85	17	11	14	14	28	26	54	31.48	20.37	25.9	5.3	1.84	48.14	85	42.3	57.7	-	-	-15.5	-4	
15	45	45	90	16	14	17	17	34	30	64	25	21.9	26.5	26.5	53.12	46.87	86	46.5	53.5	-	-	-7	-3	
16	47.5	45	92.5	17	14	18	16	34	31	65	26.1	21.5	27.7	24.6	52.3	47.7	101	39.0	60.1	2.5	5	20.1	-14	
17	47.5	50	97.5	17	16	18	17	35	33	68	25	23.5	26.4	25	51.4	48.5	77	18.1	81.8	-2.5	-5	-63.7	-24	
18	50	47.5	97.5	18	15	18	19	37	33	70	25.7	21.4	25.7	27.1	52.8	47.1	114	43.8	56.1	2.5	5	-12.1	-7	
19	50	45	95	18	13	19	17	36	31	67	26.8	19.4	28.3	25.3	53.7	46.2	110	44.5	55.4	5	10.5	-10	-6	
20	50	47.5	97.5	18	15	19	18	37	33	70	25.7	21.4	27.1	25.7	52.8	47.1	110	40	60	2.5	5	-20	-12	
21	37.5	50	87.5	13	15	15	20	35	28	63	20.6	23.8	23.8	31.7	55.5	44.4	87	46	54	-12.5	-20	-8	-4	
22	45	47.5	92.5	17	15	17	19	36	32	68	25	22	25	28	52.9	47.05	100	39	61	-2.5	-5	-22	-17	
23	30	32.5	62.5	12	8	12	13	25	20	45	26.7	17.8	26.7	28.9	55.5	44.5	52	34.6	65.3	-2.5	-5	-10.7	-20	
24	30	25	55	12	7	12	10	22	19	41	29.3	17.08	29.3	24.4	53.6	46.3	58	41.3	58.7	5	10.5	-17.4	-11	
25	32.5	40	72.5	13	10	14	16	30	23	53	24.5	18.9	26.4	30.18	56.6	43.4	89	48.3	51.7	7.5	14.5	-3.4	-1	
X	32.5	41.8	83.88	14.4	12.44	14.4	15.32	28.52	27.68	57.4	28.24	21.89	24.24	25.71	49.96	49.96	40.00	59.2	40.8	7-10.5		10.11		

Análisis de Varianza de Kruskal-Wallis

$$H = \frac{12}{100(100+1)} \left( \frac{1509.5^2}{25} + \frac{640.5^2}{25} \right) = 1263.5^2$$

$$1475.5^2 - 3(100+1) = 0.0012 (25849452) - 303$$

$$= 7.1934$$

TABLA 9  
Inventario Multifásico de la Personalidad (M. M. P. I.)

	7	L	F	K	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
01	0	1	7	11	28	39	28	24	41	19	45	43	19	56
02	0	6	5	12	27	28	24	19	38	11	23	26	21	30
03	0	1	20	7	32	35	36	28	28	12	41	53	27	39
04	0	7	11	14	27	31	36	26	30	16	36	34	18	41
05	0	2	23	4	21	31	28	26	29	16	35	44	26	36
06	10	6	14	15	23	27	22	23	37	12	41	48	20	44
07	0	11	6	20	20	26	23	21	29	5	23	32	16	25
08	14	2	25	3	27	32	31	24	31	19	42	58	29	46
09	0	6	13	8	16	25	16	19	32	13	37	40	19	35
10	4	4	13	10	26	31	26	28	36	13	40	35	24	44
11	6	5	11	16	13	30	19	22	39	9	33	30	14	43
12	0	1	16	7	15	33	20	22	34	20	41	44	23	51
13	2	3	9	12	14	28	28	19	28	14	35	41	21	35
14	7	7	8	13	11	26	13	17	33	11	29	26	16	34
15	0	5	15	9	26	36	29	30	33	12	39	45	23	43
16	3	8	11	15	22	26	19	19	29	13	31	30	17	39
17	1	4	12	7	19	37	20	20	32	12	40	42	21	29
18	4	6	16	10	16	21	12	25	24	15	25	39	25	41
19	0	10	7	18	17	22	22	16	29	8	20	22	18	38
20	12	0	28	5	12	20	14	24	22	20	39	48	29	41
22	0	8	16	13	30	37	31	17	35	10	46	46	22	47
23	0	3	13	7	23	29	30	22	36	9	39	35	29	32
25	0	6	17	10	15	30	26	24	36	20	36	37	19	38
X	2.74	4.87	13.7	10.69	20.87	29.57	24.04	22.39	32.22	13.44	35.48	39.04	21.57	39.44
G		3.1	6	3.9	6.3	5	6.3	3.3	4.7	4	7.2	8.8	4.5	7.3



TABLA No. 6

Análisis de Contenido del IBT por idea

Reactivos	t
Idea No. 1	
1. Es importante para mí que otros me aprueben	72
11. Me gusta que me respeten, pero no me es necesario	16
21. Quiero que todos me estimen	60
31. Puedo estar en paz conmigo mismo aunque otros no lo estén	4
41. Si le caigo mal a alguien, el problema es suyo no mío	4
51. Encuentro difícil estar en contra de lo que otros piensan	68
61. Aunque la aprobación de los demás me gusta, no es una necesidad para mí	8
71. A menudo me preocupo por qué tanto me aprueba o desaprueba la gente	56
81. Estoy muy interesado en los sentimientos de la gente hacia mí	60
91. Es molesto ser criticado pero no es catastrófico	4
Idea No. 2	
2. Odio fracasar en algo	76
12. Evito cosas que no puedo hacer bien	64
22. No pretendo competir en actividades donde otros son mejores que yo	72
32. Me gusta triunfar en algo pero no siento que esto sea necesario	20

HISTORIA CLINICA MULTIMODAL

Fecha: \_\_\_\_\_

I. DATOS GENERALES:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: (por el día) \_\_\_\_\_ (por la tarde) \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ ¿Por quién fue referido? \_\_\_\_\_

Estado civil (encierra en un círculo):

soltero-a                      comprometido-a                      casado-a  
separado-a                      viudoes                      divorciado-a                      unión libre

¿se ha vuelto a casar? \_\_\_\_\_, ¿cuántas veces? \_\_\_\_\_

II. DESCRIPCION DE PROBLEMAS PRESENTES:

a) Describa en sus propias palabras la naturaleza y duración de sus principales problemas \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) Por favor, estime la severidad de su(s) problema(s) con base en la escala siguiente, tachando el número que más se ajuste:

- |                          |                             |
|--------------------------|-----------------------------|
| 1. Levemente inquietante | 4. Extremadamente severo    |
| 2. Moderadamente severo  | 5. Totalmente incapacitante |
| 3. Muy severo            |                             |

c) ¿Cuándo comenzaron sus problemas? (Dé fechas si es posible)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

d) ¿A qué atribuye sus problemas? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

e) Por favor describa algunos eventos importantes que ocurrieron al tiempo que iniciaron sus problemas \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- f) Indique de qué manera ha intentado resolver sus problemas, señalando los resultados obtenidos \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- g) ¿Ha estado en terapia alguna vez, o ha recibido alguna ayuda profesional para sus problemas? Si es así, por favor dé nombre, profesión, tratamiento y resultados \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### III. HISTORIA PERSONAL Y SOCIAL

- a) Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_
- b) Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_
- c) Hermanos: Número de hermanos \_\_\_\_\_ Edades \_\_\_\_\_  
 Número de hermanas \_\_\_\_\_ Edades \_\_\_\_\_
- d) Padre: ¿vive? \_\_\_\_\_, si es así su edad es \_\_\_\_\_  
 su ocupación \_\_\_\_\_  
 su salud \_\_\_\_\_  
 ¿murió? \_\_\_\_\_, si es así dé la edad que tenía su padre al morir \_\_\_\_\_ ¿qué edad tenía usted cuando su padre murió? \_\_\_\_\_
- e) Madre: ¿vive? \_\_\_\_\_, si es así su edad es \_\_\_\_\_  
 su ocupación \_\_\_\_\_  
 su salud \_\_\_\_\_  
 ¿murió? \_\_\_\_\_, si es así dé la edad que tenía su madre al morir \_\_\_\_\_ ¿qué edad tenía usted cuando su madre murió? \_\_\_\_\_
- f) Religión: Cuando era niño \_\_\_\_\_ de adulto \_\_\_\_\_
- g) Educación: ¿Cuál es su último grado escolar? \_\_\_\_\_  
 indique sus fuertes y debilidades académicas \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- h) Antecedentes: Subraye los términos que se apliquen a ud. durante su infancia:
- |                                     |                              |                   |
|-------------------------------------|------------------------------|-------------------|
| Infancia feliz                      | Problemas escolares          | Problemas médicos |
| Infancia infeliz                    | Problemas familiares         | Abuso de alcohol  |
| Problemas emocionales o de conducta | Fuertes creencias religiosas | Otros: _____      |
| Problemas legales                   | Abuso de drogas              |                   |

- 1) ¿Qué clase de trabajo realiza usted? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuántas horas al día? \_\_\_\_\_ ¿Qué clase de trabajo ha tenido ud. anteriormente? \_\_\_\_\_  
 Está ud. satisfecho con su trabajo actual? \_\_\_\_\_, si no por favor explique \_\_\_\_\_  
 ¿Cuál es su ingresa quincenal? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuánto gasta a la quincena? \_\_\_\_\_
- 3) ¿Cuáles fueron sus ambiciones pasadas? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ¿Cuáles son sus ambiciones presentes? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- k) Datos Físicos: ¿Cuánto pesa? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto mide? \_\_\_\_\_  
 ¿Alguna vez ha sido ud. hospitalizado? \_\_\_\_\_, si es así, indique dónde, fecha y motivo \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ¿Algún miembro de su familia sufre de alcoholismo, epilepsia, depresión, o cualquier otra cosa que pueda ser considerada enfermedad mental? \_\_\_\_\_  
 ¿Algún familiar ha muerto en condiciones poco usuales? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ¿Existe algún miembro de su familia que tenga problemas con la ley? \_\_\_\_\_, si es así, explique \_\_\_\_\_

## ANÁLISIS MULTIMODAL

La siguiente sección está diseñada para ayudarlo a describir sus problemas actuales con mayor detalle. Esta sección está organizada en 7 modalidades: conducta, sentimientos, sensaciones físicas, imágenes, pensamientos, relaciones interpersonales y factores biológicos.

## IV. CONDUCTA:

- a) Subraye cualquiera de las conductas que se apliquen a ud.
- |                     |                    |                          |
|---------------------|--------------------|--------------------------|
| -Exceso al comer    | -intentos suicidas | - no conserva el trabajo |
| -Tomar drogas       | -compulsiones      | -insomnio                |
| -Vomitir            | -fumar             | -correr riesgos          |
| -Conductas extrañas | -aislamiento       | -flojera                 |
| -Beber en exceso    | -tics nerviosos    | -problemas del comer     |



- c) ¿Qué sentimientos positivos ha experimentado recientemente? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ . ¿Qué sentimientos negativos ha experimentado recientemente? \_\_\_\_\_
- d) ¿Cuándo es más probable que pierda el control de sus sentimientos? \_\_\_\_\_
- e) Describa cualquier situación que lo haga sentir en calma o relajado \_\_\_\_\_
- f) Por favor complete las siguientes frases:
- Si pudiera decir cómo me siento ahora, diría que \_\_\_\_\_
  - Una de las cosas por las cuales me siento orgulloso es \_\_\_\_\_
  - Una de las cosas por las que me siento culpable es \_\_\_\_\_
  - Me siento de lo más feliz cuando \_\_\_\_\_
  - Una de las cosas que más triste me pone es \_\_\_\_\_
  - Si no tuviera miedo de ser yo mismo, yo \_\_\_\_\_
  - Me enoja muchísimo cuando \_\_\_\_\_
  - Si me enojara con alguien \_\_\_\_\_
- g) ¿Qué clase de pasatiempos o actividades recreativas disfruta o lo hacen sentir relajado? \_\_\_\_\_
- h) ¿Tiene dificultades para disfrutar de los fines de semana? \_\_\_\_\_  
 si es eso, por favor explique \_\_\_\_\_

#### VI. SENSACIONES FISICAS

- a) Subraye cualquiera de las situaciones que se apliquen a ud.

Mareos	breves desmayos
Dolores de cabeza	escuchar cosas
Palpitaciones	ojos llorosos
Espasmos musculares	ruborización
Tensión muscular	problemas de la piel
Problemas sexuales	boca seca

Incapaz de relajarse  
 Problemas intestinales  
 Hormigueo  
 Entumecimiento  
 Malestar estomacal  
 Tics  
 Fatiga  
 Dolor de espalda  
 Temblores

comezón en la piel  
 dolores de pecho  
 palpitaciones  
 disgusto al ser tocado  
 pérdida de la conciencia  
 sudoración excesiva  
 problemas visuales  
 problemas de audición  
 tics corporales

b) Historia Menstrual.

Edad al primer período \_\_\_\_\_ ¿Tuvo información o fue un  
 choque emocional para ud.? \_\_\_\_\_  
 ¿Es ud. regular? \_\_\_\_\_. Fecha del último período \_\_\_\_\_  
 duración \_\_\_\_\_. ¿Padece de malestares? \_\_\_\_\_ ¿cuáles? \_\_\_\_\_  
 ¿sus períodos afectan su estado de ánimo? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_, si es así, explique \_\_\_\_\_

c) ¿Qué sensaciones físicas son especialmente placenteras? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ¿Cuáles displacenteras? \_\_\_\_\_

d) Describa cómo manifiesta físicamente:

- enojo \_\_\_\_\_
- alegría \_\_\_\_\_
- tristeza \_\_\_\_\_
- ansiedad \_\_\_\_\_

VII. IMAGENES

a) Subraye cualquiera de las siguientes escenas que se apliquen a ud.

- |                                   |                                  |
|-----------------------------------|----------------------------------|
| imágenes sexuales placenteras     | imágenes sexuales displacenteras |
| imágenes de infancia infeliz      | imágenes de soledad              |
| imágenes de desesperanza          | imágenes de seducción            |
| imágenes agresivas                | imágenes de ser amado            |
| imágenes de ser lastimado         | imágenes hiriendo a otros        |
| imágenes no enfrentando problemas | imágenes de que va cayendo       |
|                                   | imágenes de que es atrapado      |
| imágenes de aliento exitoso       | imágenes en que se burlan de uno |

imágenes perdiendo el control      imágenes en que hablan de uno  
 imágenes de ser perseguido      imágenes en que tiene relaciones  
 otras:      con diversas personas del sexo opuesto

- b) ¿Qué imagen viene a su mente más frecuentemente? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- c) Describa la imagen o fantasía más placentera \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Describa la imagen o fantasía menos placentera \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- d) Describa una imagen de estar totalmente a salvo y seguro \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- e) ¿Qué tan frecuentemente tiene pesadillas? \_\_\_\_\_  
 descríbalas \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- f) ¿Qué tan frecuentemente se sorprende soñando despierto? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_, en qué? \_\_\_\_\_

#### VIII. PENSAMIENTOS

- a) Subraye cualquiera de los siguientes pensamientos que se apliquen a ud.  
 Soy un don nadie, no valgo nada, sin amor, sin utilidad.  
 Soy poco atractivo, incompetente, estúpido, indeseable.  
 Soy malo, loco, degenerado, desviado.  
 La vida es vacía, no hay nada que valga la pena, es un desperdicio.  
 Cometo muchos errores, no puedo hacer nada bien.
- b) Subraye cada una de la palabras que utilice para describirse  
 inteligente, seguro, ambicioso, valioso, sensible, leal, confiable, lleno de penas, sin valor, un don nadie, inútil, malo, loco, degenerado, considerado, un desviado, poco atractivo, sin amor, inadecuado, confuso, feo, estúpido, ingenuo, honesto, incompetente, con pensamientos horribles, conflictuado, con problemas de concentración, de memoria, atractivo, incapaz de tomar decisiones, con ideas suicidas, perseverante, con buen sentido del humor, bueno para el trabajo.



- c) ¿Cuál considera ser su idea más irracional, absurda o loca? \_\_\_\_\_
- d) ¿Existen pensamientos que lo molestan una y otra vez? \_\_\_\_\_  
si es así, por favor descríbalos \_\_\_\_\_
- e) Complete las siguientes frases:
- Soy una persona que \_\_\_\_\_
  - Toda mi vida \_\_\_\_\_
  - Desde que yo era niño-a \_\_\_\_\_
  - Es difícil para mí admitir \_\_\_\_\_
  - Una de las cosas que no puedo perdonar es \_\_\_\_\_
  - Una ventaja de tener problemas es \_\_\_\_\_
  - Una desventaja de crecer es \_\_\_\_\_
  - Una de las formas en que pudiera ayudarme y no hago es \_\_\_\_\_

#### IX. RELACIONES INTERPERSONALES

##### 1. Familia de origen.

- a) Si usted no se crió con sus padres, ¿con quién lo hizo? y ¿cuánto tiempo? \_\_\_\_\_
- b) De una descripción de la personalidad de su padre, o quien haya fungido como tal, y las actitudes de él hacia ud. (tanto en el pasado como en el presente) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- c) De una descripción de la personalidad de su madre, o quien haya fungido como tal, y las actitudes de ella hacia ud. (tanto en el pasado como en el presente) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- d) Cuando era niño ¿en qué forma fue disciplinado o castigado por sus padres? \_\_\_\_\_
- e) De una impresión de la atmósfera de su hogar (p.e. el hogar en el que creció). Mencione la compatibilidad entre sus padres y entre los hijos. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- f) Fue capaz de confiar en sus padres? \_\_\_\_\_



- d) ¿Cuál es la ocupación de su pareja? \_\_\_\_\_
- e) Describa la personalidad de su pareja \_\_\_\_\_
- f) ¿En qué áreas se llevan bien o son compatibles? \_\_\_\_\_
- g) ¿En qué áreas se llevan mal o son incompatibles? \_\_\_\_\_
- h) ¿Qué tal se lleva con sus parientes políticos y qué opina de ellos? \_\_\_\_\_
- i) ¿Cuántos niños tiene? Dé edades y sexo \_\_\_\_\_
- j) ¿Alguno de sus niños presenta problemas especiales? \_\_\_\_\_
- k) ¿Existe alguna información relevante en relación a abortos o pérdidas personales? \_\_\_\_\_

#### 4. RELACIONES SEXUALES

- a) Describa la actitud de sus padres ante el sexo \_\_\_\_\_  
 ¿Se discutía sobre sexo en su hogar? \_\_\_\_\_
- b) ¿Cuándo y cómo obtuvo su primer conocimiento acerca del sexo? \_\_\_\_\_
- c) ¿Cuándo se dió cuenta por primera vez de sus propios impulsos sexuales? \_\_\_\_\_
- d) ¿Alguna vez ha experimentado ansiedad o culpa en relación al sexo? \_\_\_\_\_  
 ¿o en relación a la masturbación? \_\_\_\_\_,  
 si es así por favor explíquelo \_\_\_\_\_
- e) ¿Existen detalles relevantes en relación a su primera o subsecuentes experiencias sexuales? \_\_\_\_\_
- f) ¿Es satisfactoria su vida sexual? si no, explíquelo por favor \_\_\_\_\_
- g) Proporcione información, si la hay, acerca de cualquier reacción o relación homosexual \_\_\_\_\_

h) Por favor anote cualquier preocupación sexual no contemplada hasta ahora \_\_\_\_\_

#### 5. OTRAS RELACIONES.

a) Existe algún tipo de problema con las personas de su trabajo? \_\_\_\_\_  
si es eso, por favor descríbalo \_\_\_\_\_

b) Complete las siguientes frases:

- Una de las formas en que la gente me lastima es \_\_\_\_\_

- Puedo fastidiar a alguien a través de \_\_\_\_\_

- Una madre debería \_\_\_\_\_

- Un padre debería \_\_\_\_\_

- Un verdadero amigo debería \_\_\_\_\_

c) Proporcione una breve descripción de ud. según sería descrito por:  
- su pareja (si está casado) \_\_\_\_\_

su mejor amigo(A) \_\_\_\_\_

- alguien que no lo quiera a ud. \_\_\_\_\_

d) ¿Actualmente le preocupa alguna relación de rechazo o pérdida de afecto? si es así, explíquelo \_\_\_\_\_

#### X. FACTORES BIOLÓGICOS

a) Tiene alguna preocupación acerca de su salud? Por favor especifíquelo \_\_\_\_\_

b) Por favor enliste las medicinas que actualmente ingiere, o ha tomado durante los últimos 6 meses, ya sea prescritas o no por su médico \_\_\_\_\_

c) ¿Come tres veces al día en forma balanceada? si no, explíquelo \_\_\_\_\_

d) ¿Realiza regularmente ejercicio físico? si es así, qué tipo y con que frecuencia? \_\_\_\_\_

e) ¿Cuántas horas de sueño tiene? \_\_\_\_\_

f) Elija cualquiera de las situaciones que se apliquen a ud. tachando en las columnas correspondientes:

	nunca	raras veces	frecuente	muy a menudo
ariguana				
trancullizantes				
sedantes				
aspirinas				
cocaína				
analgésicos				
alcohol				
café				
cigarros				
narcóticos				
estimulantes				
alucinógenos				
diarrea				
constipación				
alergias				
presión arterial alta				
problemas del corazón				
náusea				
vómitos				
insomnio				
dolores de cabeza				
dolores de espalda				
despertar temprano				
sueño irregular				

	nunca	raras veces	frecuente	muy a menudo
poco apetito				
comer en exceso				
comer porquerías				

- g) Subraye cualquier situación que se aplique a los miembros de su familia: problemas de tiroides, problemas renales, asma, enfermedades neurológicas, diabetes, cáncer, problemas gastrointestinales, problemas en próstata, glaucoma, epilepsia, otros:
- h) Alguna vez ha perdido la conciencia o cosa similar, si es así, dé detalles \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- i) Indique si ha sido intervenido quirúrgicamente (dé motivo y fechas)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- j) Por favor describa cualquier accidente que haya sufrido \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- k) Por favor describa sus recuerdos y experiencias más significativas dentro de las siguientes edades
- 0-5 \_\_\_\_\_  
 6-10 \_\_\_\_\_  
 11-15 \_\_\_\_\_  
 16-20 \_\_\_\_\_  
 21-25 \_\_\_\_\_  
 26-30 \_\_\_\_\_  
 31-35 \_\_\_\_\_  
 36-40 \_\_\_\_\_  
 41-45 \_\_\_\_\_  
 46-50 \_\_\_\_\_  
 51-55 \_\_\_\_\_  
 56-60 \_\_\_\_\_  
 61-65 \_\_\_\_\_  
 66 en adelante \_\_\_\_\_

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

SANJOSE

C.R.A.M.

PSICOLOGIA

PROGRAMA DE CLINICA

INSTRUMENTO DE DEPRESION DE BIEN Y COLE.

A continuación encontrará usted una serie de cuadros con frases que nos indican diferentes grados de Depresión. Por favor, encierre en un círculo el número de la frase que describe mejor la forma en que usted se siente actualmente.

A.- ESTADO DE ANIMO:

0. No me siento triste
1. Me siento triste o melancólico
- 2a. Estoy triste o melancólico todo el tiempo y no puedo evitarlo
- 2b. Soy un triste o desdichado que es muy doloroso
3. Soy un triste o desdichado que no puedo tolerarlo

B.- PERMISIVO:

0. No estoy particularmente permissivo o desilusionado con respecto al futuro
1. Me siento desilusionado con respecto al futuro
- 2a. siento que no voy a hacer nada por mejorar mi futuro
- 2b. siento que voy a hacer algo para mejorar mi futuro
3. siento que voy a hacer algo para mejorar mi futuro

C.- SENTIMIENTO DE FRAUSADO:

0. No me siento frustrado
1. Me siento frustrado con respecto a la persona frustrada
- 2a. siento que he sido usado por alguien más y que me ha dañado
- 2b. siento que he sido usado por alguien más y que me ha dañado
3. siento que soy un completo fraude como persona.

D.- FALTA DE INTERES:

0. No estoy particularmente desinteresado
- 1a. Me siento aburrido la mayor parte del tiempo
- 1b. Me siento aburrido una parte de la mayor parte del tiempo
2. Me siento aburrido o desilusionado con respecto a mi vida

E.- SENTIMIENTO DE CULPA:

0. No me siento particularmente culpable
1. Me siento malo o indigno una buena parte del tiempo
- 2a. Me siento lastimoso culpable
- 2b. Me siento malo o indigno prácticamente todo el tiempo
3. Me siento como si fuera muy malo o despreciable.

F.- SENTIMIENTO DE CASTIGO:

0. No siento que estoy siendo castigado
1. Tanto el sentimiento de que algo malo puede sucederme
2. Siento que estoy siendo castigado o que será castigado
- 3a. Siento que merezco ser castigado
- 3b. Siento ser castigado.

G.- OJO A SI MISMO:

0. No me siento desilusionado de mí mismo
- 1a. Me siento desilusionado de mí mismo
- 1b. No me gusta a mí mismo
2. Estoy desilusionado conmigo mismo
3. Me odio a mí mismo.

H.- AUTOCORRECCION:

0. Me siento que yo soy peor que las demás personas
1. Me siento malo o indigno por mi comportamiento y mis errores
- 2a. Me siento a mí mismo por todo lo que hago mal
- 2b. Siento que tengo muchas cosas que mejorar
3. Siento que no sirvo para nada

I.- SENTIRSE AUTOCORRECCION:

0. Me siento bastante interesado en defenderme
1. Me siento desilusionado a mí mismo por no llevarlo a cabo
- 2a. Faltó que estaría mejor hecho
- 2b. Tengo planes de defenderme pero no los cumplido
3. siento que mi defensa debería haber sido mejor
4. Me mataría a mí mismo si pudiera.

J.- SENTIRSE DE LA VIDA:

0. Me siento vivo como lo usual
1. Me siento vivo de lo que usualmente
2. Me siento aburrido como lo usualmente
3. Me siento aburrido de mí mismo por no estar particularmente interesado

K.- IRRITABILIDAD:

- 0 No me irritó más ahora de lo que siempre lo he hecho
- 1 Ahora me molestó o me irritó más fácilmente que antes
- 2 Me siento irritado todo el tiempo
- 3 Las cosas que usualmente me irritaban ya no consiguen hacerlo ahora.

L.- AISLAMIENTO:

- 0 No he perdido interés en otras personas
- 1 Estoy menos interesado en otras personas de lo que era usual
- 2 He perdido mucho interés en la gente y me preocupa poco lo que los sucede
- 3 He perdido todo mi interés en la gente y no me preocupa nada de lo que les pasa.

M.- DERECHIZO:

- 0 Tomo decisiones tan bien como siempre
- 1 Estoy menos seguro de mí mismo, ahora y trato de evitar tomar decisiones
- 2 Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda
- 3 En ningún caso puedo tomar ningún tipo de decisión.

N.- IMAGEN CORPORAL:

- 0 No siento que me vea peor ahora que antes
- 1 No me preocupa el que yo parezca viejo o poco atractivo
- 2 Siento que los otros portadores se me aparten y ellos no hacen parecer poco atractivo.
- 3 Siento que soy feo o repulsivo a la vista.

O.- INICIACION DEL TRABAJO

- 0 Puedo trabajar tan bien como antes
- 1a. Tramo que esforzarme más para comenzar a hacer algo
- 1b. No trabajo tan bien como lo acostumbraba
- 2 Me cuesta muchísimo trabajo hacer algo
- 3 De plano no puedo hacer nada.

P.- PERTURBACIONES DEL SUEÑO

- 0 Puedo dormir tan bien como antes
- 1 Ahora despierto más menudo que antes
- 2 Despierto una o dos horas más temprano que antes y es muy difícil que me vuelva a dormir
- 3 No puedo dormir más que cinco horas y me despierto muy temprano diariamente.

Q.- FATIGABILIDAD:

- 0 No me canso más que lo usual
- 1 Mi cansa más fácilmente que antes
- 2 Me cansa hacer algo
- 3 Estoy muy cansado todo para hacer algo

R.- PERDIDA DE APETITO:

- 0 Mi apetito <sup>NO</sup> es peor que lo usual
- 1 Mi apetito no es tan bueno como antes
- 2 Mi apetito es mucho peor ahora
- 3 No tengo apetito de nada

S.- PERDIDA DE PESO:

- 0 No he perdido mucho peso, o ninguno últimamente
- 1 He perdido más de tres kilos
- 2 He perdido más de cinco kilos
- 3 He perdido más de siete kilos

T.- PREOCUPACION SOBRIETA:

- 0 No estoy más interesado en mi salud que lo usual
- 1 Me preocupó por dolores o molestias estomacales o estreñimiento o algún otro sentimiento corporal desagradable
- 2 Estoy tan preocupado por cómo o que siento que no puedo hacer nada
- 3 Estoy completamente absorto en lo que siento.

U.- PERDIDA DE LIBIDO:

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- 1 Estoy menos interesado en el sexo ahora
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora
- 3 He perdido el interés en el sexo por completo

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

TERAPISTA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

FECHA DE APLICACION: \_\_\_\_\_



## INVENTARIO DE IDEAS IRRACIONALES

Este inventario pretende investigar la manera en que Ud. piensa y siente acerca de varias cosas. Encontrará una serie de afirmaciones con las cuales Ud. puede estar de acuerdo o en desacuerdo. A la derecha de cada afirmación hallará los números del 1 al 5. Deberá tachar aquél número que mejor describa su reacción ante cada una de las afirmaciones. La equivalencia de los números con respecto a cada aseveración es la siguiente:

1. Significa COMPLETAMENTE EN DESACUERDO
2. Significa MODERADAMENTE EN DESACUERDO
3. Significa NI ACUERDO NI DESACUERDO
4. Significa MODERADAMENTE DE ACUERDO
5. Significa TOTALMENTE DE ACUERDO.

No es necesario pensar mucho sobre cada reactivo. Marque su contestación rápidamente y siga hacia la siguiente afirmación. Asegúrese de marcar como REALMENTE SURESTA acerca de la afirmación y no como Ud. cree que DEBERIA SURESTAR. Trate de evitar las respuestas con -- número 3, e neutrales, lo más que le sea posible.

- |  |           |
|--|-----------|
| 1. Es importante para mí que otros me aprueben   | 1 2 3 4 5 |
| 2. Odio fracasar en algo   | 1 2 3 4 5 |
| 3. La gente que comete errores merece lo que le pasa   | 1 2 3 4 5 |
| 4. Usualmente acepto filosóficamente lo que sucede   | 1 2 3 4 5 |
| 5. Si alguien quiere, puede ser feliz bajo casi cualquier circunstancia                                | 1 2 3 4 5 |
| 6. Tengo miedo de algunas cosas que a menudo me molestan   | 1 2 3 4 5 |
| 7. Con frecuencia voy retrasando decisiones importantes  | 1 2 3 4 5 |
| 8. Todos necesitan depender de alguien para pedirle ayuda y consejo                                    | 1 2 3 4 5 |
| 9. " El que hace para maceta, del corredor no pasa"  | 1 2 3 4 5 |
| 10. Siempre hay una forma correcta para hacer cualquier cosa   | 1 2 3 4 5 |
| 11. Me gusta que me respeten, pero no me es necesario  | 1 2 3 4 5 |
| 12. Evito cosas que no puedo hacer bien  | 1 2 3 4 5 |
| 13. Muchas personas malvadas escapan del castigo que merecen   | 1 2 3 4 5 |
| 14. Las frustraciones no me molestan   | 1 2 3 4 5 |
| 15. Las personas no se perturban por las situaciones, sino por lo que piensan de ellas                 | 1 2 3 4 5 |
| 16. Siento muy poca ansiedad por "lo que pudiera ocurrir" de peligroso o inesperado                    | 1 2 3 4 5 |
| 17. Siempre trato de salir adelante y dejar terminadas las tareas desagradables cuando se me presentan | 1 2 3 4 5 |

18. Trato de consultar con un experto antes de tomar decisiones importantes	1 2 3 4 5
19. Es casi imposible vencer las influencias del pasado	1 2 3 4 5
20. No hay solución perfecta para algo	1 2 3 4 5
21. Quiero que todos me estimen.	1 2 3 4 5
22. No pretendo competir en actividades donde otros son mejores que yo	1 2 3 4 5
23. Los que se equivocan merecen ser censurados	1 2 3 4 5
24. Las cosas deberían ser mejores de como son	1 2 3 4 5
25. Yo cause mis propios estados de ánimo	1 2 3 4 5
26. No puedo olvidarme de mis preocupaciones	1 2 3 4 5
27. Evito enfrentar mis problemas	1 2 3 4 5
28. La gente necesita una fuente de poder fuera de ella misma	1 2 3 4 5
29. Si algo afectó fuertemente tu vida alguna vez, no significa que tenga que seguir haciéndolo en el futuro	1 2 3 4 5
30. Rara vez hay una solución fácil a las dificultades de la vida	1 2 3 4 5
31. Puedo estar en paz conmigo mismo aunque otros no lo estén	1 2 3 4 5
32. Me gusta triunfar en algo pero no siento que esto sea necesario	1 2 3 4 5
33. La inmoralidad debe ser fuertemente castigada	1 2 3 4 5
34. Frecuentemente me molesto por situaciones que no me agradan	1 2 3 4 5
35. Las gentes miserables se han hecho miserables a sí mismas	1 2 3 4 5
36. Si no puedo impedir que algo suceda no me preocupo por eso	1 2 3 4 5
37. Usualmente tomo decisiones lo más rápidamente que puedo	1 2 3 4 5
38. Hay ciertas personas de las cuales dependo mucho	1 2 3 4 5
39. La gente sobrevalora la influencia del pasado	1 2 3 4 5
40. Siempre tendremos algunos problemas	1 2 3 4 5
41. Si le caigo mal a alguien, el problema es suyo no mío	1 2 3 4 5
42. Es importante para mí tener éxito en todo lo que hago	1 2 3 4 5
43. Rara vez culpo a la gente por sus errores	1 2 3 4 5
44. Usualmente acepto las cosas como son, aunque no me gusten	1 2 3 4 5
45. Una persona no está triste o enojada por mucho tiempo a menos que él mismo se haga permanecer así	1 2 3 4 5

46. No puedo tolerar el probar fortuna	1 2 3 4 5
47. La vida es demasiado corta para gastarla en tareas poco placenteras	1 2 3 4 5
48. Me gusta sostenerme en mis propios pies	1 2 3 4 5
49. Si hubiera tenido diferentes experiencias yo sería más como me hubiera gustado ser	1 2 3 4 5
50. Cada problema tiene una solución perfecta	1 2 3 4 5
51. Encuentro difícil estar en contra de lo que otros piensan	1 2 3 4 5
52. Soy feliz en algunas actividades porque me gustan, sin importarme si soy bueno en ellas	1 2 3 4 5
53. El miedo al castigo ayuda a la gente a ser buena	1 2 3 4 5
54. Si las cosas me molestan las ignoro	1 2 3 4 5
55. Mientras más problemas se tengan, menos feliz será uno	1 2 3 4 5
56. Rara vez me preocupo por el futuro	1 2 3 4 5
57. Rara vez abandono las cosas	1 2 3 4 5
58. Soy el único que puede realmente resolver mis problemas	1 2 3 4 5
59. Rara vez pienso que las experiencias pasadas me están afectando ahora	1 2 3 4 5
60. Vivimos en un mundo incierto y de probabilidad	1 2 3 4 5
61. Aunque la aprobación de los demás me gusta, no es una necesidad para mí	1 2 3 4 5
62. Me molesta que otros sean mejores que yo en algo	1 2 3 4 5
63. Todos son prácticamente buenos	1 2 3 4 5
64. Hago lo que puedo para conseguir lo que quiero, sin sentirme culpable por ello	1 2 3 4 5
65. Nada es en sí mismo molesto, la molestia depende de cómo se interprete el fenómeno	1 2 3 4 5
66. Me preocupa demasiado por las cosas futuras	1 2 3 4 5
67. Me es difícil hacer tareas desagradables	1 2 3 4 5
68. Me desagrada que otros tomen decisiones por mí	1 2 3 4 5
69. Somos esclavos de nuestra historia personal	1 2 3 4 5
70. Es raro hallar una solución perfecta para algo	1 2 3 4 5
71. A menudo me preocupo por qué tanto me aprueba o desaprueba la gente	1 2 3 4 5
72. Me molesta muchísimo cometer errores	1 2 3 4 5
73. Es injusto que "pague justos por pecadores"	1 2 3 4 5
74. Me gusta el camino fácil de la vida	1 2 3 4 5

INVENTARIO DE AFIRMATIVIDAD DE GAMBRILL Y RICHEY.

Grado de Incomodidad		Situación	Probable Respuesta	
C	E		C	E
_____	_____	R 1.- Rechazar una petición para prestar su automóvil.	_____	_____
_____	_____	A 2.- Elogiar a un amigo	_____	_____
_____	_____	R 3.- Decir no a un vendedor insistente	_____	_____
_____	_____	A 4.- Pedir un favor a alguien	_____	_____
_____	_____	R 5.- Rechazar una invitación a una reunión	_____	_____
_____	_____	A 6.- Disculparse cuando se está en un error	_____	_____
_____	_____	A 7.- Pedir comprensión cuando se tiene miedo	_____	_____
_____	_____	R 8.- Decirle a un conocido íntimo que ha dicho algo que a ud. le molesta	_____	_____
_____	_____	A 9.- Preguntar al tener una duda	_____	_____
_____	_____	A 10.- Aceptar ignorancia en alguna área	_____	_____
_____	_____	R 11.- Rechazar una petición para prestar dinero	_____	_____
_____	_____	A 12.- Preguntar cosas íntimas	_____	_____
_____	_____	R 13.- Callar a un amigo hablantín	_____	_____
_____	_____	A 14.- Pedir una crítica constructiva	_____	_____
_____	_____	A 15.- Iniciar una conversación con extraños	_____	_____
_____	_____	A 16.- Elogiar a una persona que a ud. le interesa sentimentalmente	_____	_____
_____	_____	A 17.- Pedir una reunión o cita con alguien	_____	_____

Grado de  
Incomodidad

Situación

Probable  
Respuesta

C E

C E

_____	A 18.	Si una petición inicial suya es rechazada, volverla a pedir	_____
_____	A 19.	Aceptar y pedir la aclaración sobre algo que no se ha entendido	_____
_____	A 20.	Solicitar un empleo	_____
_____	A 21.	Preguntar si ha ofendido a alguien	_____
_____	A 22.	Decir a alguien lo que ud. desea de él	_____
_____	R 23.	Pedir el servicio esperado cuando éste no llega (en un restaurante)	_____
_____	A 24.	Discutir abiertamente con las personas las críticas a su conducta	_____
_____	R 25.	Rechazar cosas defectuosas en tiendas, etc.	_____
_____	R 26.	Expresar su desacuerdo con quien se habla	_____
_____	R 27.	Rechazar insinuaciones sexuales cuando no se está interesado (a)	_____
_____	R 28.	Decirle a una persona lo injusta que ha sido	_____
_____	R 29.	Aceptar una cita	_____
_____	A 30.	Dar a alguien buenas noticias sobre ud.	_____
_____	R 31.	Resistir la insistencia para beber	_____
_____	R 32.	Resistir una petición injusta de alguien a quien ud. estima	_____
_____	R 33.	Dejar un trabajo	_____
_____	R 34.	Resistir la insistencia para cambiar su opinión	_____
_____	R 35.	Discutir francamente las críticas que le hagan a su trabajo	_____

Grado de  
Incomodidad

C E

Situación

Probable  
respuesta

C E

_____	R 36. Solicitar el regreso de cosas que prestó	_____
_____	A 37. Aceptar cumplidos y elogios	_____
_____	R 38. Continuar conversando con alguien con quien no estamos de acuerdo.	_____
_____	R 39. Decir a un amigo o compañero de trabajo que ha dicho o hecho algo que a ud. le molestó	_____
_____	R 40. Pedir a una persona que deje de hacer lo que a ud. le molesta en una situación pública	_____

	APROXIMACIÓN	RECHAZO
EXTRANOS	r h r	r h r
CONOCIDOS	r h	r h