



UNAM IZTACALA

**Universidad Nacional Autónoma de México**

**Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

**“Patrón Conductual Tipo A: Programa de intervención  
cognitivo-conductual para el cuidado de la salud y  
prevención de la enfermedad.”**

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A N  
**Angélica Flores Calderón**  
**Karla Guadalupe Alcántara Miranda**

Directora: Mtra. **María Cristina Bravo González**  
Dictaminadores: Lic. **José Esteban Vaquero Cázares**  
Lic. **Edy Ávila Ramos**



Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2013



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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 esta 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.

# ÍNDICE

## RESUMEN

INTRODUCCIÓN .....	5
--------------------	---

## 1 PSICOLOGÍA DE LA SALUD

1.1 Concepto de salud .....	8
1.2 Origen y desarrollo de la psicología de la salud .....	14
1.3 Definición de psicología de la salud y sus funciones.....	18
1.4 Medicina Conductual.....	27
1.5 La relación conducta salud.....	32
1.6 El papel del psicólogo de la salud .....	37

## 2 PATRÓN CONDUCTUAL TIPO “A” (PCTA)

2.1 Definición y características .....	41
2.2 Antecedentes del PCTA.....	43
2.3 Factores predisponentes al PCTA.....	45
2.3.1 Ansiedad.....	46
2.3.2 Estrés .....	48
2.4 Carácter multidimensional del PCTA .....	49
2.5 Descripción de los componentes del síndrome AHI (hostilidad, ira, agresión).....	50
2.5.1 Agresión.....	50
2.5.3 Hostilidad .....	52
2.5.3 Ira.....	53
2.6 Ámbitos de mayor incidencia en el PCTA.....	54
2.6.1 Ámbito laboral.....	54
2.6.2 Ámbito estudiantil (enfocado en niños y adolescentes) .....	59
2.7 PCTA en mujeres .....	60

2.8	Consecuencias .....	61
2.9	Importancia de la intervención del psicólogo para la prevención y tratamiento del PCTA .....	63
3	TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL	
3.1	Antecedentes de la terapia cognitivo conductual.....	66
3.2	Definición y características de la terapia Cognitivo Conductual.....	71
3.3	Técnicas de la Terapia Cognitivo Conductual.....	76
3.3.1	Relajación Progresiva de Jacobson.....	77
3.3.2	Entrenamiento Asertivo.....	80
3.3.3	Entrenamiento en solución de problemas.....	84
3.3.4	Entrenamiento en inoculación del Estrés.....	86
3.3.5	Reestructuración cognitiva.....	87
3.4	La terapia Cognitiva Conductual y la salud.....	88
4	PATRÓN CONDUCTUAL TIPO A: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA PROMOCIÓN DEL CUIDADO DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD.	
4.1	Metodología.....	100
	CONCLUSIONES.....	103
	BIBLIÓGRAFIA .....	106
	ANEXOS .....	119

## RESUMEN

El patrón de conducta tipo A (PCTA) es un constructo teórico que se utiliza para denominar a un conjunto de respuestas conductuales, fisiológicas, cognitivas y emocionales que se manifiestan sobre todo en situaciones desafiantes. Así pues, se trata de un concepto multidimensional constituido por componentes de distinta naturaleza como: *componentes de forma de expresión* (voz alta, habla rápida, gestos enfáticos y otros manierismos); *actitudes y emociones* (hostilidad, impaciencia e implicación en el trabajo); *aspectos motivacionales* (motivación de logro, competitividad, orientación al éxito y ambición); *conductas manifiestas* (urgencia en el tiempo, velocidad e hiperactividad) y *aspectos cognitivos* (necesidad de control, estilo atribucional específico y criterios de evaluación ambiguos).

El patrón de conducta Tipo A ha sido, de todos los factores de riesgo, uno de los más estudiados y que mayor número de publicaciones científicas ha generado en los últimos años por su estrecha relación con los trastornos cardiovasculares. La investigación en este ámbito se ha centrado en la evaluación de la eficacia de programas multicomponentes dirigidos a modificar, preventivamente o en un marco rehabilitador, este perfil de personalidad. En general, la intervención supone la alteración de los elicitadores ambientales del patrón de conducta, así como la modificación de los mecanismos autorregulación que lo caracterizan.

El objetivo general de este trabajo es proponer un programa de intervención para la promoción del cuidado de la salud y prevención de la enfermedad, implementando técnicas cognitivo-conductuales, que faciliten la modificación de conductas y creencias que participan en el desarrollo del patrón de conducta tipo A. En cuanto los objetivos particulares del programa, éstos son: 1) Reconocer la importante necesidad de realizar cambios en su estilo de vida, asumiendo que eso contribuirá al bienestar de su salud. 2) Modificar sus pensamientos dañinos o irracionales por otros más racionales para tener el control de emociones negativas (ira y ansiedad) y generar una sensación de bienestar. 3) Identificar algunas alternativas básicas que pueden ser de ayuda para anticipar o minimizar los efectos negativos del estrés en el ámbito laboral.

## INTRODUCCIÓN.

En la actualidad un factor que ha adquirido gran relevancia en cuestiones de salud es el estilo de vida adoptado socialmente. Los patrones conductuales resultantes han sido fuertemente influidos por la cultura occidental, por razones de ser o aspirar a ser países primermundistas ampliamente desarrollados. Los principios que rigen este sistema son de productividad y competitividad para no perder su estatus de sociedades empoderadas y desarrolladas. Se puede observar que México busca alcanzar un nivel similar y por esta razón se adoptan sus estrategias de comportamiento mercantil y social. Estos cambios se introducen pensando en lograr que el mercado sea competitivo sin importar las condiciones laborales que tengan que enfrentarse para alcanzarlo (Tron y Reynoso, 2000)

Una característica que se observa es que se lucha incansablemente por la maximización del tiempo, es decir por lograr realizar una mayor cantidad de cosas en menos tiempo. De este estilo de vida han tenido lugar trastornos de tipo psicológico de gran incidencia como son la ansiedad y la depresión (Gil- Lacruz e Izquierdo, 2004).

La extrema preocupación de logro ha producido que el estrés forme parte de la vida de las personas dejando de lado el que en elevados niveles de éste se originen enfermedades tan complejas que son consideradas actualmente principales causas de muerte. Cabe destacar la importancia que los factores psicológicos han adquirido por la gran influencia que ejercen en el desarrollo y manifestación de patologías como el estrés psicológico, social y el denominado patrón conductual tipo "A" (PCTA). Estos han sido identificados como facilitadores de riesgo para las cardiopatías isquémicas (Fernández, 2002). El patrón conductual tipo "A" se reconoce como resultado del estilo de vida y al incluir gran variedad de trastornos psicológicos se plantea como un factor predisponente de enfermedades cardiovasculares (Izquierdo y Gil-Lacruz, 2000).

Las causas que originan el estrés pueden ser las mismas para la mayoría de las personas, lo que marca la diferencia entre uno y otro es la manera en que se interpretan los eventos estresores. De la misma manera sucede con el empleo de las respuestas para enfrentar dichas circunstancias, ya que es de cada quién la elección de las acciones propicias para desenvolverse en la vida.

Una de las áreas profesionales donde el psicólogo es más reconocido como necesario, es en la salud. Numerosas publicaciones realizadas por las instituciones y organizaciones formadas por personas interesadas en la psicología de la salud, avalan el creciente interés porque los psicólogos pongan en juego sus conocimientos y habilidades, para trabajar en el cambio de hábitos, creencias y actitudes de las personas, en aras de preservar la salud y prevenir la enfermedad.

Asimismo, se han realizado estudios tanto en el área médica, como psicológica acerca de las implicaciones de este tipo de conductas en el organismo, identificando las características constitutivas del patrón conductual tipo A.

El objetivo general de este trabajo es proponer un programa de intervención para la promoción del cuidado de la salud y prevención de la enfermedad, implementando técnicas cognitivo-conductuales, que faciliten la modificación de conductas y creencias que participan en el desarrollo del patrón de conducta tipo A.

En cuanto los objetivos particulares del programa, éstos son:

- 1- Reconocer la importante necesidad de realizar cambios en su estilo de vida, asumiendo que eso contribuirá al bienestar de su salud.
- 2- Modificar sus pensamientos dañinos o irracionales por otros más racionales para tener el control de emociones negativas (ira y ansiedad) y generar una sensación de bienestar
- 3- Conocer algunas alternativas básicas que pueden ser de ayuda para anticipar o minimizar los efectos negativos del estrés en el ámbito laboral.

Para lograr dichos objetivos, este trabajo está compuesto por cuatro capítulos, el primer capítulo inicia con una exposición del término salud, en seguida se hace una descripción del surgimiento de la psicología de la salud y como ésta aborda el área biopsicosocial, para así llegar a describir la importancia que tiene la conducta como promotora de la salud o bien como factor de riesgo. Posteriormente se detalla a la medicina conductual y cómo ésta utiliza a la psicología y las ciencias de comportamiento junto con la medicina para promover la salud.

El segundo capítulo explica el Patrón Conductual Tipo A, se dan a conocer los precursores de éste, proporcionando además la definición y características que lo describen, así mismo se menciona cómo éste puede ser un factor de riesgo para la salud.

El capítulo tres aborda la Terapia Cognitivo-conductual, haciendo una descripción detallada de ésta, asimismo, se menciona cómo dentro de la labor del psicólogo de la salud, resulta útil el empleo de técnicas cognitivo-conductuales que facilitan la modificación del comportamiento disruptivo que trae consigo importantes problemas en la vida cotidiana. Finalmente se realiza una revisión de estudios que han aportado datos que apoyan la utilidad de la terapia cognitivo-conductual en el ámbito de la salud.

En el capítulo cuatro y último se hace una breve exposición sobre las enfermedades coronarias y se justifica la importancia que tiene realizar intervenciones en el patrón conductual tipo A. Posteriormente se presenta un programa de intervención para la promoción y cuidado de la salud y prevención de la enfermedad, así como las conclusiones de dicho trabajo.

# 1. PSICOLOGÍA DE LA SALUD

## 1.1 Concepto de Salud

Conseguir y conservar la salud es primordial en la existencia humana, es decir el bienestar es una preocupación común para cualquier ser humano, grupo o sociedad. Por lo tanto, es fundamental para la investigación como para la práctica de la psicología de la salud, la definición de salud.

La palabra inglesa *health* (salud) se deriva de las palabras del alto alemán antiguo y del anglosajón que significan “todo” (*whole*), “fuerte” (*hale*) y “sagrado” (*holy*). Histórica y culturalmente existen fuertes asociaciones con conceptos como: vitalidad, bondad, sanidad, higiene, limpieza, salubridad, cordura, santidad y divinidad. Asimismo, se establecen asociaciones igualmente fuertes entre los conceptos de enfermedad, desorden, desintegración, suciedad, insalubridad, locura, maldad, perversidad, espíritus malignos y satanás. El énfasis en la salud como vitalidad y naturalidad estaba presente en la antigua China y la Grecia clásica, en donde la salud era vista como un estado de armonía, balance o equilibrio con la naturaleza (Marks, Murray, Willig, Woodall y Sykes, 2008).

Por ejemplo, Galeno (200-129 a.C), el antiguo médico griego, siguió la tradición hipocrática al creer que la *hygiega* (salud) o *euexia* (fuerza) ocurrían cuando hay un equilibrio entre los componentes calientes, fríos, secos y húmedos del cuerpo, se creía que los cuatro humores corporales y sus características eran: la sangre (caliente y húmeda), la flema (fría y húmeda), la bilis amarilla (caliente y seca) y la bilis negra (fría y seca). Se pensaba que las enfermedades eran causadas por patógenos externos los cuales alteraban el equilibrio de los cuatro elementos del cuerpo: caliente, frío, seco y húmedo. Galeno creía que era posible desequilibrar la constitución, temperamento o estado del cuerpo por medio de calor, sequedad y humedad excesivas. Tales desequilibrios podrían ser el resultado de la fatiga, el insomnio, la desesperación, la ansiedad o de residuos de comida provenientes de la calidad o cantidad equivocadas (Marks et al., 2008).

Este concepto ha tenido numerosas y variadas definiciones, aún así existe una definición mundialmente aceptada, esta es la de la Organización Mundial de la Salud, en 1948 definió a la salud como “el estado de bienestar completo en los aspectos físicos, mentales, y sociales del ser humano y no solo la ausencia de enfermedades o padecimientos”; en su última propuesta (1974), dicha organización la redefine como “el estado de bienestar físico, social y mental así como la capacidad de funcionar en la sociedad y no solo en la ausencia de enfermedades”. Esta definición es el fundamento para el concepto de salud en el campo de la psicología y se reconoce como un logro que engloba un balance entre bienestar físico, mental y social (Taylor, 2007, p.4).

Por otro lado, Marks et al. (2008) señalan que la definición de la OMS pasó por alto algunos elementos clave del bienestar. Pues el alude que los factores sociales están arraigados en las culturas y no pueden dejarse implícitos. También se ignoran las fortalezas o debilidades económicas. Los aspectos psicológicos importantes del bienestar también pueden ser ignorados en cualquier definición significativa de salud, los procesos psicológicos están arraigados en el mundo social, un mundo de interacción con los otros. Por lo tanto, es útil describir y pensar que los procesos psicológicos tienen una naturaleza “psicosocial”, la cual resalta las raíces sociales de todo lo psicológico, este es caso particular de la salud, la enfermedad y el cuidado de la salud.

Tomando en cuenta estos elementos faltantes, estos autores modificaron la definición de la OMS sobre la salud: “La salud es un estado de bienestar con atributos físicos, culturales, psicosociales, económicos y espirituales, no simplemente la ausencia de la enfermedad” (Taylor, 2007,p. 4).

Por su parte, Labiano (2003) menciona que la salud entendida en sentido amplio, como el bienestar físico, psicológico y social, va mucho más allá del esquema biomédico, abarcando la esfera subjetiva y del comportamiento del ser humano, no es la ausencia de alteraciones y de enfermedades, sino un concepto positivo que

implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo. Desde el punto de vista subjetivo, está relacionada con un sentimiento de bienestar. Los aspectos objetivos de la misma tienen relación con la capacidad de funcionamiento de la persona.

Al parecer estos conceptos no dan una definición del concepto salud, sino más bien pretenden promocionarla para cambiar a la sociedad de manera que sea posible la plena realización del hombre como persona a pesar de que, como es natural, varíe de unas a otras personas el concepto de realización de que se parte (Polaino-Lorente, 1987, en Tron, 1998).

Tron (1998), Becoña y Vázquez (2006) mencionan que la salud está fuertemente influida por la confianza que el hombre tiene de sus propias competencias, restándole valor a los factores biológicos que escapan de las posibilidades de control de la persona.

El concepto de salud tiene su origen a partir de un modelo interaccionista (relación entre el organismo y el ambiente), en el que la manera de desarrollarse en el contexto social, es de vital importancia, puesto que en cada uno de éstos, se manejan reglas distintas para su funcionalidad. Cabe distinguir que el ser humano cuenta con la capacidad de elegir cuál será el estilo de vida que empleará, para hacer posible la realización de sus proyectos, resultándole motivante para satisfacer sus intereses, quedando incluido el bienestar completo de su ser.

La salud es un estado y al mismo tiempo, un proceso dinámico cambiante, ya que continuamente sufrimos alteraciones en nuestro medio interno, físico y psicológico, así como en nuestras relaciones interpersonales, las cuales suponen permanentes reestructuraciones de nuestros esquemas internos. En el presente ya no se percibe a la salud como algo a conservar sino más bien a desarrollar. En los últimos años se ha producido un cambio radical en la concepción de la salud y de la enfermedad. El modelo actual reconoce la complejidad de estos constructos, pues acepta que los

factores psicosociales afectan los sistemas corporales, lo cual altera la vulnerabilidad del individuo ante los procesos patológicos, el paradigma actual en este campo señala que la calidad de bienestar psicológico y físico depende, principalmente, de nuestros hábitos de vida. Ello significa que las creencias y actitudes, los hábitos cotidianos, en definitiva, nuestro comportamiento, constituyen aspectos centrales de esta problemática humana (Labiano, 2003).

Sin embargo, Becoña y Vázquez (2006) mencionan que cuando las personas hablan de salud, generalmente piensan sólo en los aspectos físicos, raramente en los aspectos psicológicos y conductuales asociados también a la misma, hoy por hoy también debemos considerar sus aspectos económicos.

La salud así entendida, comporta un cierto equilibrio de los organismos con el ambiente (con determinadas condiciones ambientales que deben ser exigidas para hablar de salud), con el mundo social (con las características de éste que garantizan, mínimamente, la satisfacción de la condición de “bienestar social” apuntada) y con un vasto de conjuntos psicológicos, culturales, políticos, económicos, etc., con los que se pone en correspondencia y de los cuales se hace depender de la existencia. Es decir, actualmente la salud refleja una orientación biopsicosocial, en el estudio del hombre en la que los aspectos psicológicos y sociales complementan el concepto de salud como partes circunstanciales (Tron, 1998).

Como se puede observar, el modelo biomédico está siendo sustituido por modelo biopsicosocial, pues el modelo biomédico es unifactorial y reduccionista de enfermedad, el cual concibe a la mente y al cuerpo como unidades separadas y que enfatiza aspectos de enfermedad más que de salud (Taylor, 2007).

Por su parte, el modelo biopsicosocial es de gran aceptación en la actual, admite que la salud y la enfermedad están multideterminadas, es decir, que las causas que interactúan en los procesos saludables y patológicos son de diversa naturaleza y origen, pues intervienen tanto elementos de macroprocesos (tales como contexto

social, ambiente físico, circunstancias socioeconómicas, factores climáticos, etc.) como otros de microprocesos (cambios bioquímicos, pensamientos, emociones, etc).

Este modelo enfoca la atención en los aspectos preventivos y en la promoción de la salud humana en la importancia de las variables del medio ambiente, tanto físico como social (Labiano, 2003).

El modelo biopsicosocial sostiene que la salud y la enfermedad son causados por múltiples factores y producen múltiples efectos. El modelo sostiene que la mente y el cuerpo no pueden ser distinguidos en asuntos de salud y enfermedad por que ambos son claras influencias sobre el estado de salud individual. En el caso de un individuo saludable, modelo biopsicosocial sugiere que se pueden entender los hábitos de salud sólo dentro de su contexto psicológico y social, estos contextos pueden mantener un hábito de salud pobre o, con las modificaciones apropiadas, pueden facilitar el desarrollo de hábitos saludables. En el caso de un individuo enfermo, los factores biológicos, psicológicos y sociales en conjunto, contribuyen en su recuperación (Taylor, 2007).

Los factores de mayor importancia para que el modelo biopsicosocial fuera de gran aceptación, fueron los cambios que han ocurrido en los patrones de enfermedad en Estados Unidos y algunas sociedades avanzadas a nivel tecnológico. Hasta el siglo XX, las mayores causas de enfermedad y muerte en Estados Unidos eran enfermedades agudas, específicamente tuberculosis, neumonía y otras enfermedades infecciosas. Los padecimientos severos son enfermedades médicas de duración breve, generalmente resultado de invasiones bacterianas o virales y usualmente fáciles de curar (Taylor, 2007).

Ahora, en contraposición, las enfermedades crónicas, especialmente padecimientos del corazón, cáncer y diabetes, son los principales contribuyentes de incapacidad y muerte, especialmente en países industrializados.

Burish y Brandley (1983 en Roth, 1990), definen a las enfermedades crónicas como un problema conductual a largo plazo en el que el individuo enfermo tiene una gran responsabilidad. Estas son padecimientos que se desarrollan lentamente en los cuales las personas viven por largos periodos. Por lo regular las enfermedades crónicas son incurables, por tanto tratadas por el paciente y el médico en forma conjunta.

En la actualidad cerca del 80% de los gastos sanitarios y el 60% de las camas se destinan para las personas que padecen enfermedades crónicas. La cronicidad es más frecuente entre ancianos, especialmente entre los que superan los 75 años, que es el grupo con mayor crecimiento en nuestro medio, por lo que nuestra población de crónicos aumentara más. Aun así la enfermedad cónica no es un problema único en las personas de la tercera edad, el 65% de los crónicos, tienen menos de 65 años y la mitad de estos menos de 45. La mayoría de las enfermedades crónicas tienen una etiología multifactorial muy compleja. Los factores sociales son importantes en la etiología de las enfermedades crónicas, ya que definen, en gran medida, la cantidad, el ritmo y la naturaleza de las cargas, recursos y contactos físicos, químico, bilógicos y psíquicos con incidencia en la salud del paciente. La vida psíquica también es importante, porque define la conducta operativa, los hábitos, el estilo de vida y las opciones personales, mediante la que el individuo selecciona o trasforma el ambiente y social y los recursos y cargas que reciben, y por las consecuencias y correlatos neuroendocrinos y viscerales ligados mental, emocional y conductual (Anguera de Sojo y Palerm, 1988, en Galván y Hernández, 2003).

Anguera de Sojo y Palerm (1988, en Galván y Hernández, 2003) mencionan que el tratamiento de estos pacientes puede requerir de diferentes profesionales como médicos, rehabilitadores, fisioterapeutas, enfermería, psicólogos, asistentes sociales, entre otros.

Taylor (2007), por su parte, expone que hoy en día la psicología ha aumentado su interés en conocer no solo los avances biológicos, sino también en estudiar el

impacto de los síntomas y la calidad de vida del paciente. En el área de prevención y tratamiento de las enfermedades derivadas del modelo de la psicología de la salud es de especial interés, particularmente la actividad relativa temprana del problema y el manejo de los factores psicológicos que favorecen una mejor calidad de vida, debido al papel que juegan en el progreso de una enfermedad las representaciones que la gente hace en relación a su salud y su propia enfermedad y las maneras en que las afrontan y se ajustan a ella (Borihis y Bradley, 1983, en Roth, 1990).

Es así como los psicólogos de la salud se han involucrado en esfuerzos para mejorar la calidad de vida entre aquellas personas diagnosticadas con enfermedades crónicas, para que dichos individuos puedan vivir lo que les reste de vida sin dolor, incapacidad o comprometido su estilo de vida. En los siguientes puntos se abordara más a detalle el tema sobre la Psicología de la Salud.

## **1.2 Origen y desarrollo de la psicología de la salud.**

Reynoso y Seligson (2002) mencionan que el inicio de la Psicología de la Salud fue posiblemente con la publicación de un artículo en la revista *American Psychologist* en 1969 por Schofield, pues él ya empezaba a sentir inquietud desde entonces por esta área. A partir de la publicación de este artículo llevó a cabo una revisión del *Psychological Abstracts* de los años 1966 y 1967 sobre artículos publicados sobre la salud y encontró muy pocos, pues los psicólogos de esa época no estaban muy interesados en estudiar la salud y los problemas de la enfermedad, por esta razón Schofield lanzó un llamado en el que decía que la psicología se encontraba anémica en relación con otras profesiones relacionadas con la salud, y en cuanto a las investigaciones y tecnología sobre este tema la psicología estaba muy débil, por lo tanto era hora de que la psicología se involucrara con el tema de la salud, por ejemplo en 1974 en Estados Unidos a través de una encuesta nacional sólo 52 psicólogos se consideraban psicólogos de la salud; para 1988 ya eran 3,500.

A partir de este llamado que lanzó Schofield, en 1974 la APA, instituyó un grupo llamado "*Task Force on Health Research*", cuyo objetivo fue recabar, organizar y

difundir la información sobre el estado de investigación, acerca de las conductas relacionadas con la salud. Como resultado de la investigación de este grupo, se reunieron aproximadamente 500 profesionales, con lo cual se fundó dentro de la División 18 de la APA (División de psicólogos en el servicio público), una sección llamada "*Health Research*" con el objetivo de poder continuar la investigación psicológica en el ámbito de la salud, que fue desarrollándose en los siguientes años. Posteriormente la APA creó su división 38 con el nombre de *División de Psicología de la Salud*, siendo Joseph Matarazzo su primer presidente (Ballester 1997, en Vega, 2002).

El crecimiento de la psicología de la salud ha sido rápido, hay varios hitos que han marcado el futuro de esta disciplina. En 1979 es publicado el primer libro sobre esta temática, titulado *Health Psychology*. En 1982 se publica la primera revista dedicada solamente a este tema, la *Health Psychology*. En 1983 se lleva a cabo una conferencia sobre la educación y el entrenamiento de los psicólogos de la salud (Becoña y Vázquez, 2006).

León, Medina, Barriga, Ballesteros y Herrera (2004) mencionan que entre las razones que se suelen discutir para explicar la emergencia de la psicología de la salud están las siguientes:

1. *Razones teóricas.*

La evolución de la concepción de la salud hacia un modelo que pretende integrar factores biológicos, psicológicos y sociales, dado que se reconoce su etiología multifactorial, y por tanto, la necesidad de una colaboración intersectorial e interdisciplinaria para resolver los problemas de salud.

2. *Razones epidemiológicas.*

El cambio radical en las tasa de morbilidad y mortalidad acontecido en el siglo XX en los países desarrollados. En la actualidad, las enfermedades más relevantes por su incidencia y mortalidad asociada son las de tipo crónico en contraste con las

enfermedades agudas e infecciosas. En el origen de estos trastornos crónicos se encuentran factores de carácter psicológico como el estrés y los comportamientos que expresan nuestros estilos de vida. Es decir, la salud ya no depende sólo de lo que el sujeto tiene o no tiene (en el sentido de substrato biológico), sino como mencionan Marks et al. (2008), que esto es una ideología de la salud de que los individuos son responsables de su propia salud, esto quiere decir que se le asigna al individuo la responsabilidad principal por una buena salud, por lo tanto los individuos deben convertirse en expertos de su propia salud y estilos de vida.

### 3. *Razones prácticas.*

El elevado costo que suponen los servicios de salud y su escasa efectividad para resolver las demandas de salud que el mundo desarrollado tiene planteadas hoy día. Las enfermedades crónicas e incurables obligan a orientar los servicios sanitarios del tratamiento a la prevención y la rehabilitación, lo que lleva aparejado un creciente interés por los temas tan psicológicos como 1) el cambio de actitudes para la adopción de comportamientos saludables; 2) el análisis de la relación personal de salud-paciente con el objeto de lograr la adherencia de éste a regímenes médicos de larga duración debido a la cronicidad de las enfermedades; 3) el desarrollo de procedimientos eficaces para la modificación del comportamiento de riesgo, etc.

Otra tendencia que ha fomentado el interés en la psicología de la salud se basa en el desencanto relacionado con el cuidado biomédico de la salud, tanto en los pacientes como entre los practicantes. El desencanto con el modelo médico y la creciente consciencia de la importancia de las influencias psicológicas y sociales sobre la salud y la enfermedad han conducido a los científicos sociales y a otros especialistas a proponer nuevas formas de conceptualizar la salud y la enfermedad.

Se ha dicho que los factores psicosociales son tan o más importantes que las causas puramente biológicas del bienestar, esta postura condujo al desarrollo del modelo biopsicosocial. Este nuevo modelo ha sido una influencia importante en la evolución de la psicología de la salud como un nuevo campo de estudio.

El aumento de la aceptación de psicólogos de la salud dentro de la comunidad médica es una razón más para el desarrollo de la psicología de la salud (Matarazzo, 1994, en Taylor, 2007). Los proveedores de servicios de salud han aumentado el grado de reconocimiento de que los factores psicológicos y sociales son siempre importantes dentro de los conceptos de salud y enfermedad; por lo tanto, el rol del psicólogo para cambiar los hábitos de salud de las personas y la contribución de éstos a tratamientos con mayor calidad, ha ido aumentando.

En América Latina el trabajo del psicólogo se encuentra aislado y no ubicado como parte de la disciplina, lo cual obstaculiza el conocimiento real del estado en que se encuentra la Psicología de la Salud. El crecimiento de esta última depende del desarrollo de la psicología en cada país, principalmente de la psicología clínica, que es el antecedente directo de la psicología de la salud. En América Latina las áreas de la psicología con mayor auge son la Psicología Clínica, del Trabajo, Educativa, Social y Psicofisiológica; en los últimos años se han desarrollado la psicología de la Salud comunitaria y ambiental (Hernández y Rojas, 1998, en Trejo, 2001).

Hernández y Rojas (1998, en Trejo, 2001), mencionan que en el XXV Congreso de Psicología en 1995, 8 países presentaron investigaciones sobre Psicología de la Salud, estos fueron: Argentina, Brasil, Colombia, México, Puerto Rico y Venezuela, se puede observar que existe un proceso de reflexión sobre los logros científicos y posibilidades de la Psicología de la salud en América Latina. Se puede observar que la Psicología de la Salud ha tenido un crecimiento acelerado observando esto en diversos eventos académicos internacionales donde la participación ha sido amplia, por ejemplo, Cuba organizó el primer seminario de Psicología de la Salud (1998), México el Primer Congreso Internacional de Psicología de la Salud (1992), la Conferencia Latinoamericana de Psicología de la Salud (1996), Chile organizó la Conferencia Internacional sobre la Psicología de la Salud (1995).

Con lo anterior podemos decir que en América Latina el estudio de la salud ha tenido grandes avances, sin embargo es insuficiente para aportar desde los servicios, en la

magnitud que se requiere, una visión y una práctica en relación con los principales problemas de la salud de nuestra región en este momento histórico. Entre los orígenes de esa presencia limitada, están problemas teóricos y metodológicos que puede tener la psicología de la salud en cualquier lugar. Aún queda un largo camino por recorrer, es por ello que la Psicología de la Salud en América Latina tiene como reto principal esforzarse por mejorar la calidad de vida de la población (Morales, 2002).

### **1.3 Definición de psicología de la salud y sus funciones**

Vega (2002) menciona que Stone (1976) fue uno de los primeros autores que intentó dar una definición de psicología de la salud, ya que expuso que al hablar de Psicología de la Salud se engloban todos los conceptos, teorías y métodos en tanto puedan ser aplicables a la comprensión e intervención en diferentes ramas de la salud.

Consecutivamente fueron varios los autores que han dado su definición sobre la psicología de la salud, a continuación se muestran algunas de estas definiciones:

Taylor (1986, en Tron, 1998) afirma que “la psicología de la salud es el campo de la psicología que intenta comprender la influencia de variables psicológicas sobre el estado de salud. Es el proceso por el que se llega como responde a una persona cuando está enferma” (p. 23).

León, Medina, Barriga, Ballesteros y Herrera (2004) mencionan que “La psicología de la salud pone de manifiesto que la salud es un asunto social (factores socioculturales). Además la psicología de la salud tiene función social facilitador de un estilo de vida” (p. 44).

Rodríguez y Palacios (1989, en Vega 2002) indican que psicología de la salud es la “aplicación de los avances metodológicos que han existido en otras áreas de la

psicología, con el fin de promover el cuidado y el mantenimiento, promoción y estilo de vida para la salud” (p. 29).

Marks et al. (2008) por su parte indican que “la psicología de la salud es un campo interdisciplinario que se ocupa de la aplicación de conocimientos y técnicas psicológicas para la salud, la enfermedad y el cuidado de la salud” (p. 8).

Finalmente, la definición reconocida mundialmente y que es sostenida por la División de Psicología de la Salud de la Asociación Psicológica Americana (APA), fue la que explicó Matarazzo (1980, en Labiano, 2003, p.15):

La psicología de la salud es el conjunto de las contribuciones educativas, científicas y profesionales específicas de la disciplina de la psicología para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción relacionada al análisis y mejoramiento del sistema de cuidado de la salud y la formación de políticas de salubridad.

Revisando estas definiciones podemos observar y hablar de una psicología integradora que estudia al ser humano en diversos niveles y justamente en el área de la salud. Al considerarlo de esta forma nos permite trabajar de una manera más completa, entendiéndola en un contexto más personalizado e individual.

Donker (1991), menciona que la Psicología de la Salud se encarga de cuestiones básicas como:

1. ¿Cuáles son las bases fisiológicas de la emoción? y ¿Cómo están relacionadas con la salud y la enfermedad?
2. ¿Pueden ser identificados los factores de riesgo conductuales de la enfermedad? ¿cuáles son sus mecanismos de acción?
3. ¿Qué es estrés?

4. ¿Qué factores contribuyen al desarrollo de las conductas de salud y de enfermedad?
5. ¿Qué papel pueden jugar los psicólogos en el sistema de cuidado de la salud?

Como se había mencionado anteriormente, la psicología de la salud intenta entender la influencia de las variables psicológicas sobre el estado de salud, sin embargo su atención se centra sobre la promoción y el mantenimiento de la salud (Tron,1998).

Por su parte, Latorre (1987, en Tron, 1998) menciona que la psicología de la salud se basa en cuatro suposiciones básicas:

1. Que determinados comportamientos incrementan el riesgo de ciertas enfermedades, es decir, que la conducta es un factor de riesgo.
2. Que la modificación de determinados comportamientos puede deducir la probabilidad de riesgo de determinados procesos de salud.
3. Que el comportamiento se puede modificar con relativa facilidad.
4. Que las intervenciones psicológicas pueden resistir un análisis de costo-utilidad-eficacia.

Por otro lado, la emergencia de este campo de la psicología, tiene como objetivo analizar la influencia de variables psicosociales sobre el estado de salud, el proceso por el que se llega a éste, el modo en que este contribuye a la calidad de vida de las personas y cómo éstas responden cuando están enfermas (León et al. 2004).

León et al. (2004) mencionan que entre los principales objetivos que persigue este enfoque de la psicología aplicada a la salud se pueden señalar los siguientes:

- Elaborar un marco teórico que facilite:
  - La evaluación de la conducta como factor determinante de la salud y la enfermedad.
  - La predicción de las conductas protectoras y de riesgo de la salud.

- La comprensión del papel de los factores psicosociales en la experiencia de la enfermedad y el tratamiento y rehabilitación de la misma.
- Poner en práctica dicho marco teórico para:
  - La promoción de estilos de vida saludables y prevenir la enfermedad.
  - El tratamiento de la enfermedad y la rehabilitación del paciente.
  - La mejora de los servicios de la salud.

Asimismo la división de Psicología de la Salud de la Asociación Americana de Psicología (APA) ha establecido diez objetivos prioritarios para la psicología de la salud (Buela y Carrobles, 1996):

1. Comprender y evaluar la interacción existente entre el estado de bienestar físico y los diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales.
2. Entender cómo las teorías, los principios y los métodos de investigación psicológica pueden aplicarse para potenciar los enfoques biomédicos en la promoción de la salud y el tratamiento de la enfermedad.
3. Comprender la naturaleza de la respuesta de estrés y su importancia en la etiología y el proceso de adquisición de un gran número de problemas de salud.
4. Entender cómo los métodos y técnicas conductuales y cognitivas pueden ayudar a las personas a afrontar y controlar el estrés.
5. Desarrollar las habilidades necesarias para diseñar y aplicar programas cuyo objetivo sea el de crear o incrementar hábitos y estilos de vida personales de salud.
6. Comprender las dificultades que experimentan los pacientes al decidir buscar tratamiento para sus molestias y problemas.
7. Ser consciente del estado y de las condiciones experimentadas por los pacientes en el ámbito hospitalario, así como de los factores que afectan la adherencia a los tratamientos médicos y las fuentes de problemas en lo que las relaciones médico-paciente se refiere.

8. Entender las diferencias existentes entre los métodos psicológicos y médicos para reducir el dolor y como se combinan estos para mejorar la eficacia del tratamiento.
9. Ser conscientes del impacto que las enfermedades incapacitantes y terminales producen en los propios pacientes y sus familias.
10. Descubrir y entender cómo las técnicas y los principios psicológicos pueden aplicarse para ayudar a los pacientes a afrontar y tratar de controlar las enfermedades crónicas.

Como se puede observar, la psicología de la salud se encarga de la prevención, y para esto debe hacer investigaciones en las comunidades sobre las demandas, epidemiológicas más comunes para conocer e incidir en los estilos de vida no saludables y evitar la enfermedad o empeoramiento de las misma. Buceta y Bueno (2000) mencionan que esta intervención se haría en cuatro niveles, los cuales son:

- **Prevención Primaria:** Modificar anticipadamente las condiciones sociales, ambientales y las conductas que pueden afectar negativamente la salud y prevenir la aparición de enfermedades que todavía no están presentes. Esto se lleva a cabo a nivel comunitario y, a veces, con colectivos especiales o grupos específicos de alto riesgo.
- **Prevención Secundaria:** Contempla el empleo de estrategias para eliminar o controlar situaciones de alto riesgo y manifestaciones leves antes de que el problema se agrave. Es decir, evitar que empeore la enfermedad debido a su estilo de vida y estar en posibilidad de afrontar la enfermedad y cambiar sus creencias que tenga de ella.
- **Tratamiento de Enfermedades:** Se refiere al uso de programas de intervención para la modificación de alteraciones ya consolidadas (por ejemplo, la utilización de un paquete de técnicas comportamentales para superar el dolor crónico de cabeza).
- **Prevención Terciaria:** Abarca la aplicación de estrategias con dos objetivos fundamentales; reducir la probabilidad de las recaídas y en los trastornos

crónicos reducir o disminuir los efectos negativos de estos, para mejorar la calidad de vida y evitar que empeore aún más.

La Psicología de la Salud propone un modelo de evaluación llamado Biopsicosocial, que se centra en los factores relacionados con el proceso de enfermedad que son comunes en diferentes escenarios y tipos de padecimientos, entre los que se incluyen las enfermedades crónico-degenerativas. Asimismo, es sugerido como una alternativa a la evaluación psicológica tradicional que sigue la pauta del modelo médico, que se focaliza en una sola dimensión de la persona enferma, como es el aspecto psicoemocional (Mejía, 2000).

Belar y cols (1987, en Mejía, 2000) mencionan que este modelo que expone la Psicología de la Salud propone evaluar las interacciones entre la persona, la enfermedad y el medio ambiente inmediato de la persona enferma, formulándose un diagnóstico y estrategia de tratamiento basados en la comprensión del proceso; es por ello que, considerando la necesidad de incorporación de la información fisiológica, psicológica y social, el psicólogo clínico de la salud trabaja con este modelo en la explicación del proceso de salud enfermedad en el que los aspectos de la evaluación se distinguen por la naturaleza de la información requerida (biológica, afectiva, cognitiva, conductual) y la unidad de evaluación (individuo enfermo, familia, sistemas de cuidado de la salud y el contexto sociocultural) .

El modelo propone comprender el estado común del individuo, los cambios que han sufrido desde el inicio de la enfermedad y su historia individual. La evaluación debe centrarse tanto en la identificación del problema como en la obtención de la información acerca de los recursos y esfuerzos del enfermo y su medio ambiente.

En cuanto a las estrategias de intervención en la psicología de la salud, Soto (2002) menciona que estas entran después de que se ha definido el problema y se ha integrado la información obtenida en la evaluación.

Berlard y cols (1987, en Soto, 2002) sugieren un modelo que es flexible y sin preferencia específica por una técnica, ya que la elección puede variar de acuerdo a los objetivos y al problema en particular. Las estrategias de intervención más comunes son:

1. El efecto placebo: es un procedimiento de cambio conductual y se sostiene en el hecho de que los cambios de conducta ocurren debido a las expectativas del paciente respecto al tratamiento que se le da.
2. Asesorías de apoyo: son consideradas como una forma no específica de intervención psicoterapéutica dirigida a la reducción de estrés del paciente, las asesorías pueden dirigirse a la familia, al individuo o bien haciendo uso de grupos de apoyo. Estas pueden ser administradas por otros profesionales de la salud, específicamente entrenados para ello. Las asesorías con el individuo y la familia, generalmente están basadas en modelos de tratamiento a corto plazo, y se enfoca a ayudar al paciente y su grupo familiar para que haya un adecuado manejo del estrés y de las recomendaciones del tratamiento médico. A través de éstas, se establece una relación adecuada entre el médico, el paciente y el psicólogo, y se asegura que los sentimientos de ansiedad y depresión sean normales. Los grupos de apoyo, permiten al paciente la confrontación y discusión de problemas similares al suyo, ya que se tocan temas como la ansiedad, diferentes tipos de afrontamiento así como la información sobre los tratamientos médicos.
3. Psicoterapia verbal: existe una gran variedad de aproximaciones, como la cognitivo conductual, la racional emotiva, la sistemática, etc. Se ha encontrado que puede reducir la utilización de algunos fármacos, disminuye el uso de narcóticos post-operación y reduce síntomas asociados con úlceras.
4. Educación e información: en el tratamiento de la psicología de la salud, la educación enfocada al modelo Biopsicosocial y sus aplicaciones específicas en el paciente y en problema, es considerada como esencial para todo tipo de tratamiento. La información es necesaria para obtener el consentimiento del

paciente o de los familiares para todo tipo de tratamiento asegurando así el seguimiento adecuado.

5. Intervención en crisis: los tres objetivos principales para intervenir en una crisis son: a) la liberación del estrés del sujeto, b) el establecimiento del paciente a su anterior nivel de funcionamiento, y c) ayudar a la comprensión del sujeto de todas las acciones que están involucradas en su caso, haciéndolo de una manera clara y detallada. Este procedimiento debe involucrar a la familia y a los profesionales que trabajan con el paciente.
6. Procedimientos de entrenamiento de relajación: es la estrategia de intervención más común, y generalmente se emplea combinada con las otras técnicas. Además es fácil de aprender y se administra a todo tipo de pacientes. Este procedimiento puede ser de tres tipos: relajación diafragmática, relajación progresiva, y relajación autógena entre otras.
7. Imaginación: esta estrategia hace uso del mundo interno, privado del sujeto, a través de la creación de imágenes. Esta técnica puede dirigir a una relajación general, a una reducción de la ansiedad, del síntoma, y al cambio conductual. Puede ser de dos tipos: imaginación guiada y desensibilización encubierta.
8. Hipnosis: su propósito es producir cambios fisiológicos directos, cambios de percepción de un síntoma. Se ha considerado una técnica útil en el tratamiento del dolor y en el afrontamiento de la enfermedad crónica.
9. Bioretroalimentación: su objetivo principal es entrenar al paciente en el control voluntario de sus procesos fisiológicos.
10. Desensibilización sistemática: básicamente se entrena al sujeto a emitir una respuesta inconsistente con la ansiedad. Se presenta una jerarquía de circunstancias asociadas progresivamente a la ansiedad, y se repasan las escenas en orden creciente, buscando siempre que el sujeto esté evocando dichas escenas y se mantenga relajado.
11. Modelamiento: está basado en la teoría del aprendizaje, facilita la adquisición de conductas adaptativas mostradas por un modelo.
12. Entrenamiento de habilidades y ensaño conductual: esta estrategia incorpora el modelamiento, el juego de roles y el ensayo conductual. Se les enseñan

habilidades específicas que facilitan el ajuste físico y psicológico del paciente, ante la situación hospitalaria ante el personal médico y ante la enfermedad.

13. Manejo de contingencias: su objetivo es incrementar las conductas adaptativas y decrementar aquellas que no lo son. Los procedimientos más empleados son: el reforzamiento positivo, el reforzamiento negativo, el castigo, costo de respuesta, y aproximaciones sucesivas.
14. Estrategias cognitivas: Existe una gran variedad de éstas, producir un cambio conductual entre ellas está la distracción, la reestructuración cognitiva y atención-distracción. El propósito de todas ellas es alejar la atención del sujeto de los eventos estresantes para lo cual se utiliza la imaginación placentera, tareas de destreza mental, conteo en voz alta, etcétera.

Soto (2002), menciona que la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento deben de hacerse desde una perspectiva multidisciplinar como lo propone el modelo biopsicosocial, en cuanto a las estrategias mencionadas anteriormente, estas deben de ajustarse a los tratamientos médicos que se utilizan para combatir las enfermedades.

En cuanto a las aportaciones de la psicología de la salud, Rodríguez (s/f) menciona las siguientes:

1. Ha proporcionado un marco teórico para los fenómenos psicológicos dentro del fenómeno de enfermedad.
2. Ha proporcionado un marco conceptual que elucida la relación existente entre salud y estilos de vida.
3. Ha evidenciado el papel del estrés en la salud.
4. Ha marcado la existencia de conductas relacionadas con la enfermedad.
5. Ha manifestado la importancia que tiene la representación de la gente en cuanto a su estado de salud.
6. Ha determinado el papel del afrontamiento en la enfermedad.

7. Ha señalado los factores que influyen en la adaptación de las personas a la enfermedad.

Estas aportaciones de la psicología de la salud son de gran utilidad pues constituyen aspectos concretos que permiten perfilar esta área; además, si se observa la interrelación de estos puntos se pueden hacer consideraciones importantes más generales, ya que el hecho de que la psicología sea la generadora de estos conocimientos tiene varias implicaciones: introducción del psicólogo en el ámbito de la salud, sin estar subordinado al médico o al psiquiatra, como un profesional independiente con un campo propio; el reconocimiento de la psicología como una disciplina seria y útil en la solución de problemas de salud; y el desarrollo científico y tecnológico (teórico y aplicado) de la psicología (Rodríguez, s/f).

Como se puede observar el modelo biopsicosocial que propone la psicología de la salud, resulta de gran utilidad para explicar la génesis y el mantenimiento de las enfermedades crónicas o funcionales que se han convertido en las actuales “plagas del mundo occidental”. Enfermedades como el cáncer, el sida, el estrés, etc., no pueden ser explicados por los clásicos modelos de enfermedad, dado que la causa no está en el organismo sino en la interacción organismo-conducta-ambiente. Por tanto, el objetivo ya no es tratar la enfermedad, sino conseguir y mantener un equilibrio entre estos tres factores (Buela y Carrobles, 1996).

#### **1.4 Medicina Conductual**

A partir de la modificación del concepto de salud, de la aceptación de la importancia que tiene el comportamiento y los estilos de vida en la salud y el gran desarrollo experimentado en la psicología clínica en las últimas décadas se debe, en gran parte, a la influencia del modelo conductual. Así, el psicólogo clínico ha ampliado su campo de acción abordando los aspectos conductuales de trastornos orgánicos. Esto ha llevado a la constitución de una nueva disciplina con la denominación de medicina conductual (Buela y Carrobles, 1996).

La Medicina conductual se definió por primera vez en la Conferencia de Yale (1977) y citada en 1978 por Schwartz y Weiss (Canino, 1997):

- La medicina conductual es un campo relacionado con el desarrollo de las ciencias conductuales, el conocimiento y las técnicas relevantes para la comprensión de la salud y enfermedad física y la aplicación de éste conocimiento y técnicas en el diagnóstico, prevención, tratamiento y rehabilitación. La psicosis, neurosis y el abuso de sustancias son incluidas como aspectos secundarios, solamente, si ellas contribuyen con el desorden físico en cuestión”(p. 37).

Subsecuentemente Schwartz y Weiss (1978, en Canino, 1997), en un interés por unificar el campo, redefinieron la medicina conductual como: “ La integración de las ciencias conductuales y biomédica; el conocimiento y técnicas relevantes para la salud y la enfermedad”(p.37).

Por otro, lado la definición más precisa y clásica para medicina conductual es la que proporcionaron Pomerleau y Brady (1979 en Rodríguez, 2010):

1. El uso clínico de técnicas derivadas del análisis experimental de la conducta, para la evaluación, prevención, entrenamiento o tratamiento de la enfermedad física o disfunción fisiológica.
2. El comportamiento de investigación que contribuye al análisis funcional y a la comprensión de la conducta asociada con los trastornos médicos y con los problemas en el cuidado de la salud.

Borda, Pérez y Blanco (2000), mencionan que el núcleo común en las definiciones de medicina conductual es la relación entre el comportamiento humano y la enfermedad y/o el mantenimiento de la salud, aspecto que hasta el momento es desconocido o minimizado por los médicos. Ahora bien, los avances del análisis del comportamiento y sus técnicas, clínicamente aplicables al campo de la medicina,

hacen posible la colaboración conjunta (profesionales médicos y psicológicos) en el intento de solucionar los problemas actuales de atención al enfermo dentro del contexto médico.

A la medicina conductual se le considera un área derivada de la terapia de la conducta (ya que utiliza métodos de evaluación y técnicas de ésta). El trabajo del psicólogo implica la interacción multidisciplinaria (entre medicina, sociología médica, antropología cultural, enfermería, trabajo social y ciencias biológicas). La medicina conductual, que un inicio se enfocaba en el tratamiento de pacientes, actualmente ha extendido la investigación sobre prevención y mantenimiento de la salud, ya que la prevención de la enfermedad a través de cambios conductuales y medioambientales se percibe como uno de los más prominentes medios para controlar algunas enfermedades crónicas que aquejan a la sociedad (Reynoso y Seligson, 2005).

Por otro lado, Agras (1982, en Borda et al., 2000) señala que los factores que favorecieron a la aparición de la medicina conductual son, entre otros, los siguientes:

1. La existencia de un cuerpo de investigación bioconductual centrada, especialmente en la última etapa, en la psicología.
2. El crecimiento de una ciencia conductual aplicada efectiva en diversas áreas, centrada en el aparato tecnológico de la Modificación de Conducta (biofeedback) y el análisis conductual aplicado.
3. El desarrollo en el terreno de la epidemiología, con el aislamiento de factores de riesgo específicos en diversas enfermedades.
4. El interés creciente en la prevención de la enfermedad, motivado por el desbordamiento de los costes del cuidado de los enfermos.

A este listado Godoy (1991, en Tron, 1998), agrega elementos que también han contribuido al desarrollo de la medicina conductual, estos son:

1. La necesidad de formalizar una mutua y estrecha colaboración entre medicina y psicología (disciplinas tradicionalmente distanciadas) que responda con realismo a las necesidades y objetivos de ambas.
2. Atmosfera científica actual en relación con los procesos de salud y enfermedad y por ello las soluciones interdisciplinarias al tratamiento y prevención de la misma.
3. El reconocimiento cada vez más extendido, entre los profesionales de la medicina, del importantísimo papel que en la génesis, exacerbación y mantenimiento/eliminación de las enfermedades crónicas juegan los factores comportamentales, como muestra la necesidad creciente, en la medicina, del surgimiento de áreas subespecializadas centradas en estos aspectos comportamentales (psiconeuroendocrinología, psicodermatología, psicoimmunología, etc).

Tron (1998) menciona que la característica definitoria de la medicina conductual es la consideración de la enfermedad, especialmente la crónica, como estados multideterminados por un amplio abanico de variables, entre las que deben incluirse las de tipo somático o biofísica (genéticas, anatómicas, fisiológicas, bioquímicas, endocrinas, inmunológicas, etc.), las de tipo psicofisiológico o comportamentales (estilos cognitivos, emociones, habilidades o recursos, conductas de riesgo, entre otros) y las externas o ambientales, especialmente sociodemográficas y psicosociales (estatus social, raza, sexo, eventos vitales críticos, soporte social, etc.).

En cuanto a los objetivos prioritarios a desempeñar de la medicina conductual, ésta establece los siguientes (Borda et al, 2000):

1. Un énfasis especial en la investigación sobre la efectividad de la intervención.
2. La atención se centra en la identificación de los factores comportamentales que tras su modificación reduce el grado o la frecuencia de la enfermedad o dolencia.

3. El abordaje de toda gama de enfermedades físicas, sin distinción ni preferencia por determinadas enfermedades.
4. El interés, más específico, en la salud mental física y no tanto en la salud mental.
5. El establecimiento de la distinción entre prevención primaria, secundaria (tratamiento) y terciaria (Rehabilitación).

Por otro lado, en los últimos años, y hasta la actualidad, la mayoría de los trabajos clínicos publicados en medicina conductual se refieren a la evaluación y el tratamiento de los trastornos físicos y/o con disfunciones fisiológicas, y con menor frecuencia hacen alusión a la prevención en la enfermedad física. En cambio, aspectos como la promoción de la salud y la prevención de estilos de vida sanos se utilizan más vinculados con la psicología de la salud (Borda et al, 2000).

Es importante aclarar que la psicología de salud y la medicina conductual son consideradas a menudo como sinónimos, lo que actualmente no es correcto. Es decir, a pesar de que la medicina conductual y la psicología de la salud están relacionadas, no representan lo mismo. A pesar de que no resulta fácil describir los límites entre psicología de la salud y medicina conductual (debido a la existencia de áreas de solapamiento), ello no implica que no existan diferencias.

Buela y Carrobles (1996) han establecido algunos matices diferenciales (ver Tabla 1):

	OBJETO	MODELO	OBJETIVO	POBLACIÓN
MEDICINA CONDUCTUAL	Trastornos físicos	Conductual	Tratamiento	Individuos
PSICOLOGÍA DE LA SALUD	Salud	Conductual y psicométrico	Promoción y prevención	Comunidad

Tabla 1. Relación entre Medicina Conductual y Psicología de la salud (Buela y Carrobles, 1996.)

Mientras que la medicina conductual es un campo interdisciplinar que incluye varias áreas (ciencias biomédicas y comportamentales, antropología, medicina, etc.) para tratar y prevenir la enfermedad y promover la salud, la psicología de la salud se define como una disciplina encargada de estudiar los avances que se producen en diversas áreas de la psicología (social, aprendizaje, modificación de conducta, etc.) para poder, ser aplicado por ejemplo, en el campo de la medicina conductual (Borda et al, 2000).

En resumidas cuentas, la medicina conductual intenta utilizar la psicología y las ciencias de comportamiento junto con la medicina para promover la salud y el tratamiento de las enfermedades.

### **1.5 La relación conducta salud**

Arrivillaga, Salazar y Correa (2003) mencionan que el estilo de vida se ha definido como el conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona y como aquellos patrones de conducta individuales que demuestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos constantes y que pueden constituirse en dimensiones de riesgo o de seguridad. Estos autores indican que sería difícil encontrar conductas humanas que no tuvieran algún tipo de influencia sobre la salud y el bienestar, existe una serie de repertorios de conductas que se encuentran entre los factores de riesgo más importantes de los principales problemas de la salud en la actualidad, como por ejemplo el consumo del alcohol.

Para León et al. (2004), ha sido muy útil clasificar la conducta en función de sus efectos sobre la salud, para la elaboración del marco teórico, pues así es posible distinguir conductas que favorecen a que enfermemos y comportamientos que pueden protegernos de la enfermedad, pues pueden reducir el riesgo de enfermarse. Las primeras reciben el nombre de conductas patógenas o de riesgo para la salud. A continuación se mencionan algunas de estas (ver Tabla 2):

<p><b>Actividad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No hacer ejercicio Físico</li> <li>- Realizar esfuerzos físicos bruscos</li> <li>- Agotarse físicamente</li> </ul>	<p><b>Alimentos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abusar de alimentos dulces, salados o grasos</li> <li>- Comer en exceso</li> <li>- Picar entre comidas</li> <li>- No seguir una dieta equilibrada</li> <li>- Comer demasiado rápido</li> <li>- No vigilar el peso</li> <li>- Saltarse comidas arbitrariamente</li> </ul>
<p><b>Amigos y entorno social</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No disponer de tiempo para relacionarse</li> <li>- Romper la comunicación con vecinos y conocidos</li> <li>- Desinterés por actividades recreativas.</li> </ul>	<p><b>Descanso</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trasnchar</li> <li>- Dormir pocas horas</li> <li>- Dormir en exceso</li> </ul>
<p><b>Drogas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fumar</li> <li>- Beber alcohol</li> <li>- Consumir cocaína, heroína, etc.</li> </ul>	<p><b>Pareja y familia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de comunicación</li> <li>- Discusiones frecuentes</li> <li>- Aficiones de tiempo libre incompatibles</li> <li>- No afrontar los problemas cotidianos</li> </ul>
<p><b>Higiene personal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No cepillarse los dientes después de las comidas</li> <li>- No ducharse o lavarse diariamente</li> <li>- Descuidar higiene de cabello, pies, ojos, etc.</li> <li>-</li> </ul>	<p><b>Relaciones sexuales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Insatisfacción sexual</li> <li>- Mala planificación de relaciones sexuales</li> <li>- Inestabilidad: falta de seguridad o higiene</li> <li>- Promiscuidad sexual</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- No lavarse las manos antes de comer</li> <li>- Descuidar la limpieza de la ropa</li> </ul>	
<p><b>Trabajo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Malas relaciones con compañeros, jefes.</li> <li>- Insatisfacción con el tipo de trabajo</li> <li>- Participar en conflictos laborales</li> </ul>	<p><b>Otros comportamientos de riesgo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conducción temeraria</li> <li>- Falta de medidas de seguridad en el trabajo</li> <li>- Comportamientos de riesgo domestico</li> </ul>

Tabla 2. Listado de conductas patógenas o de riesgo para la salud (León et al, 2004).

Phares (1996), menciona que con frecuencia, tales conductas se encuentran profundamente arraigadas en los valores culturales o necesidades y expectativas personales. En cualquier caso, no se puede cambiar con facilidad.

El papel de estos factores conductuales en el desarrollo de trastornos previsibles (entre los que se encuentra el cáncer de pulmón, las enfermedades cardiovasculares y los accidentes automovilísticos) es claro. Se estima que casi la mitad de las muertes en Estados Unidos se debe a conductas evitables, siendo las tres principales: fumar, comer en exceso y beber. De hecho en los últimos años la obesidad y la falta de ejercicio están a punto de superar al tabaquismo como principales causas de muerte en Estados Unidos (*Center for the Advancement of Health*, 2003 en Taylor, 2007).

Las segundas son las denominadas conductas inmunógenas o comportamientos protectores de la salud (León et al. 2004):

- Dormir siete u ocho horas diarias
- Desayunar todos los días
- Hacer tres comidas al día sin picar entre comidas

- Mantener el peso corporal dentro de los límites normales
- Practicar de forma metódica y sistemática ejercicio físico
- No beber alcohol y , si se bebe, hacerlo de forma moderada
- No fumar
- Búsqueda de atención sanitaria
- Adherencia a los regímenes y tratamientos médicos
- Comportamientos de seguridad y de mejora del medio ambiente.

La importancia de las conductas que favorecen a la salud no sólo está relacionada en los procesos de salud y enfermedad, sino que fácilmente pueden convertirse en hábitos (Tron, 1998).

Un hábito de salud es una conducta de salud firmemente arraigada y que con frecuencia se realiza automáticamente. Estos hábitos, por lo general se desarrollan durante la infancia y empiezan a estabilizarse alrededor de los 11 o 12 años.

Asimismo, un hábito de salud puede haberse desarrollado por haber sido reforzado por determinados resultados, como la aprobación de los padres, con el tiempo se vuelve independiente de ese reforzamiento y persiste debido a los factores con los que usualmente está relacionado. Por esta razón un hábito de conducta puede ser extremadamente difícil de cambiar. Por eso es importante que a edad temprana se establezcan las buenas conductas de salud y se eliminen las malas.

La práctica de buenas conductas de salud puede aumentar la cantidad de años en los que un individuo pueda disfrutar de una vida libre de los problemas que representa el padecer una enfermedad crónica, también puede retrasar el momento de la muerte, aumentando con esto la longevidad individual y la expectativa de vida general de la población.

Sólo las muertes por cáncer se podrían reducir en 50% con hacer, únicamente, que las personas redujeran el tabaquismo, comieran frutas y verduras, mejoraran su

actividad física y se sometieran oportunamente a estudios de gabinete como la mamografía y el ultrasonido para la detección de cáncer de mama o cervical (*Center for the Advancement of Health, 2003 en Taylor, 2007* )

Solo cabría esperar que las personas preocupadas por su salud rechazaran o evitaran las conductas que las ponen en riesgo y llevar a cabo comportamientos beneficiosos para la salud y los practicara durante toda su vida, sin embargo, esto no es así, la mayoría de los estudios sobre este tema ponen de manifiesto que las conductas de salud se caracterizan por ser inestables; esto es, su permanencia en el repertorio de conducta de la persona a lo largo del tiempo es breve. Además, en cierta medida son autónomas; es decir, la relación entre distintas conductas de salud en una misma persona es escasa o nula (León et al. 2004).

De ahí que los investigadores en esta área de la salud hayan concedido un especial interés al desarrollo de teorías o modelos explicativos acerca de las motivaciones y determinantes de las conductas de la salud y en la aplicación de éstas para (Guevara y Galván, 2010):

- La promoción de conductas que contribuyan a la salud y a la calidad de vida de las personas.
- La prevención y disminución de las conductas perjudiciales para la salud.
- El análisis y modificación, en su caso, de los factores psicosociales asociados al padecimiento de una enfermedad en cada una de sus fases (etiología, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación).
- El diseño y puesta en práctica de programas para la mejora de las relaciones entre el profesional de la salud y el enfermo.
- El desarrollo de sistemas de apoyo social y ambientes saludables.
- La mejora de la calidad de los servicios de la salud.

En la actualidad, gracias a las evidencias presentes en la práctica clínica y en la investigación de las últimas décadas han permitido que casi ningún profesional de la salud desconozca la relevancia de la conducta cotidiana en la salud de una persona.

### **1.6 El papel del psicólogo en la salud.**

En el modelo biopsicosocial, se pretende insertar al psicólogo en el sistema sanitario como un agente participativo cuya labor va más allá de la intervención clínica, ya que busca una mayor comprensión del fenómeno de la salud y su relación con diversos aspectos psicológicos. Se reconoce cada vez con mayor claridad su importante papel en el desarrollo de programas de prevención, promoción e intervención efectivos (Pérez, Valencia y Vinaccia, 2006).

Para que el trabajo del psicólogo de la salud sea útil y satisfactorio, es importante que cuente con conocimientos académicos básicos en áreas: biológicas, epidemiológicas, políticas sanitarias, inmunológicas, sociológicas de la salud, entre otras. Por otro lado, en lo que corresponde al área psicológica, los especialistas deben contar con habilidades de comunicación, formulación y evaluación de problemas, uso de instrumentos de evaluación, comprensión de problemas transculturales, análisis económico del sistema sanitario, conocimiento y manejo de métodos conductuales, etc. Dentro de la labor mencionada del psicólogo de la salud, resulta útil el empleo de técnicas cognitivo-conductuales que facilitan la modificación del comportamiento disruptivo que trae consigo importantes problemas en la vida cotidiana (Marks, Rodríguez y Marín, 1999).

Clínicamente, los psicólogos deben ser capaces de reconocer los síndromes y trastornos psicológicos de los enfermos y también deben saber los problemas psicológicos que pueden aparecer en cada enfermedad. También tienen que ser capaces de conocer cuándo y cómo aplicar intervenciones en determinadas situaciones. Esas intervenciones serán de distinto tipo, tales como individual, grupal, familiar, de apoyo, de intervención en crisis, de tipo sexual, intervenciones cognitivo

conductuales, etc. Otro aspecto no menos importante es el conocimiento de las indicaciones de uso de fármacos y cómo afecta dicha medicación a los enfermos (Besteiro y Barreto, 2003).

Por otra parte, son deseables determinadas características personales que facilitan la labor de estos psicólogos. Besteiro y Barreto (2003), enfatizan el cuidado que debe tener el psicólogo al introducirse en un ambiente que ha estado ostentado por el médico durante muchos años recalcando al respecto las siguientes características:

- Tolerancia a la frustración
- Aceptación de la dependencia de otras profesiones
- Funcionamiento flexible (por ejemplo, con el médico)
- Acostumbrarse a la enfermedad
- Simpatía para facilitar el rapport con el paciente y con el resto de profesionales

También añaden todas aquellas habilidades que tienen que ver con la comunicación fundamentalmente:

- Empatizar
- Escuchar activamente
- Reforzar

Romero (2002) menciona que las tareas de los psicólogos de la salud se agrupan en tres grandes categorías: investigación, aplicación y formación.

Serafino (1994, en Romero, 2002) y Taylor (2007) señalan algunas funciones de los psicólogos de la salud:

- Investigan y examinan la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales en la producción de salud y enfermedad.

- Aquellos psicólogos que tienen una formación clínica pueden dar terapia para todo tipo de problemas (emocional y social), ya que estando enfermo o invalido pueden producir una serie de sentimientos displacenteros; el psicólogo puede ayudar a aminorarlos.
- Los psicólogos también pueden ayudar en el manejo de los problemas de salud, por ejemplo enseñando al paciente métodos psicológicos, como retroalimentación biológica, a controlar el dolor, disminuir el estrés, entre otros.
- Desarrollan intervenciones para los lugares de trabajo con el fin de mejorar los hábitos de salud de los empleados y trabajan en la organización como consultores para mejorar la salud y la ayuda en el cuidado de la misma.

Los psicólogos indirectamente también ayudan con las líneas de investigación que ellos realizan, ya que ahí se puede encontrar información acerca de lo que interviene en la salud, un ámbito de investigación importante ha sido aquella que ha trabajado los factores asociados al desarrollo de la enfermedad: los asuntos más estudiados han sido el modo en como los sujetos afrontan el estrés y como las relaciones interpersonales afectan la salud. Los psicólogos de la salud también se han preocupado de las cuestiones relacionadas con el sistema de cuidados y políticas de la salud, en este punto se incluyen trabajos tales como los efectos de hospitalización, la relación del paciente con el médico y con el personal de salud en general. Algunos investigadores, recientemente empezaron a observar características de la conducta en los médicos, particularmente aquellas que afectan la habilidad del médico para tener una mejor comunicación con sus pacientes y que están relacionadas al apego de los regímenes médicos (Romero, 2002).

En cuanto a la educación y entrenamiento, los psicólogos de la salud también participan. Muchos psicólogos han dirigido su trabajo a la educación en marcos académicos, divulgando sus conocimientos sobre los factores psicológicos relacionados a la salud. Por ejemplo, las escuelas de medicina o las escuelas de salud pública, son áreas donde los psicólogos enseñan sus conocimientos (Serafino, 1994 en Romero, 2002).

Sobre las direcciones actuales y futuras de la psicología de la salud, López y Brennan (2000, en Trejo, 2001) afirman que ésta se centra en la actualidad en el estudio teórico y aplicado de: los comportamientos como factores de riesgo para la salud, el mantenimiento de la salud a través de los comportamientos, las cogniciones acerca de salud-enfermedad, la comunicación, adherencia, el ambiente y el afrontamiento de la enfermedad. La OMS por su parte apoya para que se realicen investigaciones que promuevan comportamientos saludables, incluyendo a la psicología, la cual en este sentido se integra al colectivo de profesionales que trabajan en el campo de la salud, concluyendo que el futuro de la psicología es de gran alcance.

Como se puede observar, la psicología de la salud tiene como propósito investigar cómo se relacionan los comportamientos humanos con la salud y la enfermedad, así como el papel que juegan las reacciones emocionales el génesis y evolución de diferentes enfermedades. Asimismo se enfoca en descubrir cuáles son los factores de riesgo de tipo comportamental para la salud, cómo se adquieren, si son o no estables y el papel que juegan en dichos comportamientos las variables individuales (López y Brennan, 2000, en Trejo, 2001).

En este primer capítulo, se abordó a la Psicología de la Salud como un área biopsicosocial, es decir en su intervención para el cuidado de la salud física, ésta no se ocupa únicamente de factores biológicos, sino que también están implicadas cuestiones sociales y psicológicas. También se pudo observar como ciertas conductas son un riesgo para la salud; entre esos comportamientos riesgosos para la salud está el del patrón conductual tipo A, que se presentará en el siguiente capítulo.

## 2. PATRÓN CONDUCTUAL TIPO “A” (PCTA)

### 2.1 Definición y características

Considérese que el origen del constructo de Patrón conductual tipo “A” se derivó del interés en determinar la relación entre las reacciones fisiológicas resultantes de eventos estresores y la reacción simpática devenida. Se argumenta que estas consecuencias pueden ser heredadas o aprendidas tempranamente por condicionamiento. Cabe resaltar que los dos factores anteriormente mencionados no resultan suficientes de manera independiente para provocar efectos conductuales característicos de las personas tipo “A” (Becerra, 2008).

El PCTA fue definido por Friedman y Rosenman (1974, en Becerra, 2008) como:

“Un complejo de acción-emoción que puede ser observado en toda persona que está agresivamente involucrada en una lucha crónica para lograr más y más, en menos tiempo y si se requiere hacerlo así frente a los esfuerzos en contra de otras cosas y otras personas”( p.1).

Este patrón de conducta se considera un constructo multidimensional donde intervienen diferentes elementos entre los que se destacan (Friedman y Rosenman, 1974; García-León, 1993 en Becerra, 2008):

- a) Componentes formales: fluidez verbal, intensidad de la voz, actividad psicomotora intensa, tal como tensión de la mandíbula, gestos enfáticos y otros mecanismos típicos.
- b) Actitudes y emociones: hostilidad, impaciencia, ira y agresividad.
- c) Aspectos motivacionales: motivación de logro, competitividad, orientación al éxito y ambición en todos los actos.

- d) Conductas observables: urgencia de tiempo, velocidad, hiperactividad e implicación en el trabajo.
- e) Aspectos cognitivos: necesidad de control ambiental, estilo atribucional interno estable y global ante el fracaso y creencias específicas que incrementan el estrés, ejemplo “Todo el mundo debe ser perfecto, todo lo que no sea el 100% es el 0%, todo el mundo tiene que pensar como yo”. Creencias relativas a la vivencia de tiempo: “no se puede hacer nada por remediar la situación”. En cuanto a la hostilidad, se encuentran afirmaciones como: “se necesita cierta cantidad de hostilidad para avanzar en el mundo, no se puede hacer nada contra la hostilidad, las otras personas son ignorantes e ineptas” (Friedman y Rosenman, 1974, en García y Berrios, 1999).

El patrón de conducta tipo “A” es un concepto teórico que se emplea para el reconocimiento de los componentes que lo caracterizan, como son las respuestas conductuales, fisiológicas, cognitivas y emocionales que se hacen presentes en circunstancias de reto. De esta manera se puede clasificar como un síndrome multidimensional, ya que implica factores constitutivos de distinta índole (Friedman y Rosenman, 1974, en García y Berrios 1999). El patrón conductual tipo “A” es identificado por tres atributos que son: competitividad, impaciencia y hostilidad. La primera está integrada por las siguientes características (Carmona, Sanz y Marín 2002).

- 1- Afán por sobresalir, donde los sujetos tipo “A” utilizan al máximo sus capacidades de rendimiento, luchan incansablemente por destacar en todas las tareas que realizan sin importar las exigencias que requieran.
- 2- Eliminación de impedimentos, que se refiere al mantenimiento de la atención lejos de cualquier situación que resulte distractora u obstaculice su desempeño en la actividad realizada.

- 3- Impaciencia, aquí se halla implicada la característica denominada “urgencia de tiempo”, la cual interviene en todas las acciones de los sujetos tipo “A”, con lo que se busca maximizar el aprovechamiento del tiempo.
- 4- Agresión, tipificada de dos maneras agresión hostil e instrumental. La primera implica conductas agresivas, ya sean físicas o verbales que tienen lugar por la experimentación de sentimientos de rabia. La segunda, tiene su origen ante la percepción de cierto obstáculo que interfiera en la realización de alguna meta, sin embargo de ninguna manera está motivada por la ira.

Desde el descubrimiento de este patrón conductual hasta la fecha se han llevado a cabo múltiples investigaciones, así en la actualidad se acepta que quien presenta este patrón conductual es un sujeto de riesgo de padecer enfermedad coronaria tan importante como el antecedente de padecer hipertensión arterial, o hipercolesterolemia, de allí su relevancia (Reynoso, 1991).

## **2.2 Antecedentes del PCTA**

El constructo de Patrón Conductual Tipo “A” fue desarrollado por primera vez a finales de 1950 por Rosenman y Friedman quienes estudiaron a los pacientes que sufrieron infarto al miocardio. Encontraron que lo que entre ellos coincidía eran las formas de conducta como la necesidad de lograr un mayor número de cosas en un menor tiempo, gran responsabilidad laboral tanto a nivel jerárquico, como en sobrecarga de trabajo. En sus primeros estudios hallan algunos comportamientos facilitadores del alto riesgo cardiovascular, como los elevados niveles de colesterol en la sangre, puesto que incrementan la probabilidad de padecer infarto al miocardio (Kawachi, Sparrow, Kubzansky, Spiro, Vokonas, Weiss, 1998).

El síndrome comportamental implicado en el patrón conductual tipo “A”, tuvo lugar por los dos cardiólogos anteriormente mencionados quienes lo caracterizan como un conjunto de características como hostilidad, agresividad, ambición, competitividad,

alta implicación laboral e impaciencia crónica. La explicación otorgada al por qué se asocia al PCTA con la enfermedad coronaria, es que los sujetos que lo presentan exhiben hiperactividad cardiovascular y neurológica (Lance, 1984, en Calvete y Martínez, 1991).

Dorta y Del Pino (2002) citan algunos de los precursores del constructo del PCTA:

William (1628) menciona que cada problema de la mente que se vive con dolor o sin placer, prisa o temor, es causa de malestar, cuya influencia se extiende hasta el corazón. Ciento cincuenta años más tarde John Hunter señala la relación entre la angina de pecho, la conducta y las emociones. Por su parte el médico Von Dustch, (1868), observó que las personas que poseían un tono agudo de voz y excesivamente dedicadas al trabajo, estaban predispuestas al desarrollo de enfermedades cardiovasculares. Finalmente William Osler, (1898), sostiene que la aterosclerosis y los consiguientes episodios no tenían un origen fortuito, sino que se manifestaban en determinado tipo de personas, priorizando la importancia del estrés y el comportamiento duro. Afirma: “Creo que la fuerte presión en la que vive el hombre y sus hábitos de hacer trabajar a la máquina a máximo rendimiento fueron las responsables de la degeneración arterial en lugar del exceso de comida y bebida”

En el año de 1950, Stewart mencionó que el incremento y prevalencia de las enfermedades cardíacas surgidas en el siglo XX, tuvieron lugar gracias a los nuevos estilos de vida adoptados. Con las investigaciones anteriormente mencionadas se llegó a la conclusión de que a los resultados obtenidos en sus pacientes no se les prestó la suficiente atención debido a que no representaban un área de gran interés para los cardiólogos. Los psicólogos tampoco se enfocaron en dichos hallazgos debido a que se otorgaba un valor mínimo al rol que pudiera jugar el medio ambiente en el desarrollo de las características de personalidad.

Es importante destacar que Rosenman y Chesney en 1980, a sabiendas de la extensa evidencia existente sobre el papel que jugaban los componentes

conductuales en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, les otorgaron una mínima importancia enfocándose únicamente en indagar su prevalencia utilizando poblaciones muy pequeñas, por lo que no se obtenían resultados significativos a pesar de los hallazgos ya confirmados de las numerosas investigaciones realizadas sobre el PCTA.

Posteriormente, tuvieron lugar dos estudios, el "*Multiple Risk Factor Intervention Trial*" realizado por Williams, Barefoot, Shekelle en 1985 y el trabajo del "*Multicenter Post Infarction Research*" por Heller, Case y Moss en 1985, los cuales presentaron resultados en los que no se confirmaron asociaciones entre la conducta tipo "A" y las enfermedades coronarias (Becerra, 2008).

A partir de finales de los años 80's, surgieron resultados contradictorios, ya que algunos estudios epidemiológicos precisaron conceptualmente dicho patrón de conducta, sin necesidad de realizar grandes modificaciones en sus componentes. El primer estudio de este tipo fue el de Both-Kewley y Friedman (1987, en De la Fuente y De la Fuente, 1995), donde los resultados sugieren que el estrés, la ansiedad y el complejo de ansiedad- hostilidad- ira- agresión, también correlacionaban significativamente con la enfermedad coronaria, incluso mayor que la conducta tipo "A". Por lo anterior, se hará una breve descripción de estos elementos, con la finalidad de tener una aproximación a los puntos donde confluyen y que en consecuencia se les atribuye el carácter de promotores de riesgo cardiovascular.

### **2.3 Factores predisponentes al PCTA**

Como elementos predisponentes al desarrollo del PCTA se han identificado el estrés y la ansiedad, de manera que la modificación de conductas presentes en éstos hace posible la prevención y la restitución de dicho síndrome.

### 2.3.1 Ansiedad

El hecho de que las personas con personalidad tipo “A” permanezcan constantemente en estado de alerta por la necesidad de productividad y competitividad entre otros rasgos similares, los hace más proclives a la ansiedad.

Dichas personas consideran que sus actitudes ante situaciones de reto o fracaso no exhiben agresividad, ni hostilidad, la realidad es que lo hacen por la frustración que les genera el sentirse derrotados cuando ellos creen ser mejores que los superiores y por supuesto que los subordinados (Bautista, Rodríguez y Aragón, 2002).

Spielberger (1983, en Izquierdo y Gil-Lacruz, 2000) refiere que la ansiedad se distingue como resultado de la interrelación de distintos factores como el estado transitorio, características de personalidad y el aprendizaje psicosocial. La clasificó en dos tipos y los denominó: ansiedad estado y ansiedad rasgo. La primera se caracteriza como una condición transitoria del organismo con distintas intensidades y presenta cambios a lo largo del tiempo.

Este prototipo del trastorno en cuestión lo definen aspectos subjetivos como la tensión y aprehensión que se caracterizan por la activación del sistema nervioso autónomo (SNA). La ansiedad rasgo se distingue porque las características anteriormente mencionadas permanecen relativamente estables. Se puede identificar la manifestación de este trastorno cuando se percibe una gran cantidad de situaciones como peligrosas o amenazantes y en consecuencia se exhiben reacciones ansiógenas (Izquierdo y Gil- Lacruz, 2000).

Baynes y Rosenman (1990, en De la Fuente y De la Fuente, 1995) hacen referencia a la prevalencia de este trastorno, a la relación entre los problemas cardiovasculares y la ansiedad, así como también a la relación entre esta última con el patrón conductual tipo “A” y la hipertensión arterial. Los resultados obtenidos han dejado

inconcluso el tema en cuanto a la posibilidad de determinar cuál es la verdadera correlación entre dichos constructos.

Por su parte, Booth- Kewley y Friedman, (1987, en De la Fuente y De la Fuente, 1995) señalan la existencia de un nexo positivo entre el PCTA y la ansiedad. En contraparte Spilberger y Rickman (1990, en De la Fuente y De la Fuente, 1995), no hallaron diferencias en puntajes de ansiedad - rasgo – estado en sujetos que experimentaron infarto al miocardio y en trabajadores normales.

A pesar de lo encontrado en las investigaciones se considera importante estudiar la ansiedad desde un punto de vista multidimensional, ya que de acuerdo con Bellack y Lombardo (1984, en Pacheco, Lupiáñez y Acosta, 2009) esta perspectiva facilita el conocimiento de los tres componentes de respuesta que son:

1. Malestar subjetivo o reacción cognitiva primaria.
2. Respuestas fisiológicas asociadas al incremento en la actividad del sistema nervioso simpático (SNS) o el sistema nervioso autónomo (SNA), debido al funcionamiento del sistema nervioso central (SNC).
3. Respuestas motoras directas e indirectas resultantes de las cogniciones.

La ansiedad influye de manera determinante en el hecho de que los individuos perciban las circunstancias como amenazantes cuando en realidad no representan mayor peligro. Considerando este trastorno desde diferentes perspectivas, se distingue como un comportamiento de activación que se origina por el denominado triple sistema de respuesta (Lange, 1997, en Izquierdo y Gil- Lacruz, 2000).

- a) Cognitivo: a partir del autoinforme.
- b) Fisiológico: respuesta derivada de la parte simpática del sistema nervioso autónomo. Aquí se distinguen las siguientes, presión sanguínea, respuesta

galvánica de la piel, tasa cardiaca, respiratoria, tensión muscular, y temperatura.

c) Manifiesto: representado por respuestas de evitación y/o escape.

El estado de alerta es una característica resultante de la ansiedad. En 1983, Hart lo define como: “la alta receptividad o hipersensibilidad del sistema nervioso hacia el ambiente” (Pacheco, Lupiáñez y Acosta 2009, pág. 4). La hipervigilancia es un rasgo definitorio de los individuos ansiosos. Este estado, también se destaca como característica que se presenta al experimentar elevados niveles de estrés. Este último está caracterizado como respuesta a las demandas de la vida consideradas situaciones difíciles. Se identifica como un resultado normal del organismo para la evitación en los problemas.

La reacción fisiológica que se origina es la secreción de adrenalina producida por las glándulas suprarrenales y adrenales, que al ser distribuida por medio de la sangre provoca consecuencias tales como, que el corazón lata más rápido, la agudización de los sentidos y el aumento del estado de alerta, entre otros (Dorta y Del Pino, 2002).

Por otro lado, Florit (2008), menciona que en la actualidad la ansiedad ha cobrado una importancia primordial dentro del mundo psicológico, entre un 2 y 4% de la población mundial ha sufrido en alguna ocasión algún trastorno asociado con la ansiedad. Se puede considerar la ansiedad como uno de los componentes básicos en cualquier trastorno ya que se origina fácilmente ante las adversidades.

### 2.3.2 Estrés

El estrés se ha identificado como la respuesta orgánica resultante de la percepción de las situaciones que se consideran amenazantes y que resulta imposible enfrentar de manera adecuada. Se ha caracterizado como riesgo para la salud por el hecho de

que cualquier requerimiento del ambiente que sobrepase las posibilidades de la persona generará estrés en niveles elevados, excediendo la capacidad de manejo controlado en las actividades cotidianas (Laham, 2008).

El estrés laboral, social y en general la convivencia con los demás, resultan factores que influyen en la salud. Un claro ejemplo del impacto de las cuestiones sociales se pueden mencionar tanto la situación laboral, como el nivel socioeconómico, que por lo general provocan efectos negativos en la mayoría de las personas en el caso de su falta o escases (Coffin y Salinas, 2011; Laham, 2008).

Otro estudio sobre el patrón de conducta tipo “A” fue realizado por Mathews en 1988 donde encontró que dicha conducta no funge como predictor fiable de enfermedades cardiacas en poblaciones de alto riesgo. La explicación que ofrece la autora implica que este patrón pudiera tener mayor relación con eventos no fatales, así como con enfermedades cardiacas iniciales, que con sucesos finales (Izquierdo y Gil-Lacruz, 2000).

Una vez contextualizados en el cómo, dónde, porqué y con quiénes surge este constructo teórico se procederá a precisar tanto la definición de patrón conductual tipo “A”, como sus principales características.

#### **2.4 Carácter multidimensional del PCTA**

Izquierdo y Gil- Lacruz (2000); Vera- Villaroel, Sánchez y Cachinero, (2004) y De la torre (1993) resaltan que Friedman y Rosenman, identificaron los elementos que le otorgan el carácter de multidimensional al PCTA, estos son:

- Orientación de logro competitivo. Las personas con este patrón de conducta, tienden a ser autoritarias y a esforzarse bastante por alcanzar sus metas, sin acompañar sus logros con sentimientos de alegría. Perciben su ambiente como opuesto a sus objetivos con un nivel de reto elevado e

interpretan su contexto como amenaza para su autoestima y necesitan autoafirmarse y recuperar la sensación de control a través de sus logros personales.

- Urgencia temporal. Estas personas parecen luchar permanentemente en contra del reloj. Son muy intolerantes con los retrasos, con las pausas improductivas y llevan a cabo más de una cosa a la vez para sentirse productivos.
- Sentimientos de ira y hostilidad. La primera puede manifestarse con una intensidad mínima o como rabia, identificando que es más fuerte ante la baja tolerancia a la frustración. La segunda no necesariamente se manifiesta explícitamente, pero si representa un factor pernicioso para los individuos. Otros estudios al respecto, sostienen que las personas que exhiben la conducta tipo “A” responden más rápidamente y con mayor fuerza a los eventos estresores. Byrne y Rosenman (1968 en Izquierdo y Gil- Lacruz, 2004), señalan que la ira, la agresión y la hostilidad, en especial la última, son predictores muy importantes de la enfermedad coronaria, independientemente del PCTA y son reconocidos como síndrome AHI.

## **2.5 Descripción de los componentes del síndrome AHI (agresión, hostilidad, ira)**

### **2.5.1 Agresión**

El “Síndrome AHI” está compuesto por un aspecto cognitivo (hostilidad), un aspecto emocional (ira) y otro conductual (agresión). La Agresión hace referencia a conductas abiertas, intencionadas y destructivas de ataque hacia los demás o hacia objetos, de forma directa o indirecta, activa o pasivamente y física o verbalmente (Smith, 1994 en Crespo y Beges, s/f).

Aquí quedan incluidos las expresiones faciales, el tono y volumen de voz, ademanes y la postura del cuerpo (Lacovella y Troglia, 2002, en Becerra, 2008).

Otros autores han distinguido entre “Agresión Respondiente” y “Agresión Instrumental u Operante”. La primera se refiere a aquella que se desencadena inmediatamente a causa de una agresión directa (física o verbal) por parte de otro agente, y también suele denominarse como “respuesta de defensa” o “contra ataque”. Por otro lado, la segunda hace referencia a aquella agresión iniciada por el sujeto que tiene la intención de agredir, con la particularidad de que las consecuencias que acarrea dicha agresión son reforzadas para sí mismo, bien por la obtención de alguna recompensa, bien por la estimulación que recibe por parte de la propia víctima. En este orden de cosas, la agresión ha de ser entendida como tal, siempre que suceda bajo estas condiciones e independientemente de lo que pueda interpretar el sujeto objeto de la agresión (Crespo y Benages, s/f).

Es posible que en ciertas ocasiones la agresión y la expresión de ira resulten un tanto confusas en cuanto a su conceptualización y no se vea claramente cuál es la diferencia entre ambas. Crespo y Benages (s/f) mencionan que la expresión de la ira se diferencia por una parte de la agresión instrumental en que ésta última no implica necesariamente un componente emocional, como es en este caso la ira, esto es debido a que el sujeto utiliza y lleva a cabo la agresión como un medio para conseguir un fin determinado. Ahora bien, de modo más general se puede observar que la diferencia más significativa entre ambas expresiones es la intencionalidad del sujeto, por un lado, la conducta de agresión implica una clara intención de daño por parte del sujeto con el fin de eliminar el objeto estresor; sin embargo, la expresión de la ira no implica dicha intencionalidad, si la implicara, pasaría de ser una simple expresión para convertirse en una agresión.

### 2.5.2 Hostilidad

La hostilidad se identifica como factor cognitivo y está conformada por creencias, expectativas y actitudes negativas, que permanecen estables en la vida de los seres humanos. Las creencias que comúnmente definen este constructo son el cinismo, atribuciones hostiles, pensamientos que aseveran que las otras personas son egoístas, deshonestas, antisociales e inmorales, convirtiéndolas en una amenaza hacia su persona (Barefoot, 1992, en Becerra, 2008). Cabe resaltar, que las distorsiones derivadas de la hostilidad tienen lugar por las experiencias de ira y agresividad vividas por los sujetos tipo "A" (Yuen y Kuifer, 1991, en De la Fuente y De la Fuente, 1995). Por otra parte, se considera factor de riesgo para la salud, debido a la reactividad fisiológica ante situaciones estresoras y conflictos interpersonales (Smith y Pope, 1990, en De la Fuente y De la Fuente, 1995).

Otra creencia común, es considerar que todo lo que uno dice y piensa, es acertado y que es necesario luchar contra todo para lograr conseguir lo que se pretende, ya que lo que se posee es escaso y con posibilidades de terminarse.

Quienes presentan hostilidad esperan lo peor de los demás, estando las más de las veces a la defensiva creando ambientes de tensión en el lugar en el que se desarrollan. La manera en que comúnmente los otros perciben esta situación, es como un entorno de constante pugna para alcanzar los objetivos sin importar las consecuencias sociales que se enfrentan, como es el rechazo entre los miembros del grupo. Este tipo de creencias son las que provocan que predomine el estado de alerta, con el fin de identificar conductas malintencionadas de los otros, para obstaculizar la consecución de sus metas. Esto genera sentimientos de ira e incrementa la probabilidad de desarrollar enfermedades cardiovasculares.

### 2.5.3 Ira

La ira como factor afectivo dentro del PCTA queda anclada al plano emocional. En esta característica están incluidas las emociones derivadas de situaciones desagradables y se constituye de pensamientos y sentimientos. También están implicados procesos de activación neuroquímica y psicológica en el organismo que van de la mano de determinados modos de expresión y afrontamiento. La ira se origina por hechos en que las personas se sienten heridas o traicionadas, circunstancias que necesitan un adecuado manejo del control, tanto físico, como psicológico. La ira se manifiesta en distintas intensidades y se ha observado que cuando se presenta baja tolerancia a la frustración dicho sentimiento se refleja con mayor fuerza, su forma de expresión es con irritabilidad excesiva y furia. Dicho sentimiento ha sido clasificado de dos maneras: ira estado e ira rasgo (Johnson, Rusell, Crane, Jacobs y Worden, 1985, en Becerra, 2008).

La Ira ha sido tipificada para identificar las diferentes manifestaciones de este sentimiento, sin embargo, cualquiera que sea la manera de manifestarla resulta igualmente un factor de riesgo a la salud. La ira estado se distingue como la experiencia temporal de sentimientos subjetivos de tensión, enfado, irritación y furia, en respuesta a diferentes eventos, lo cual va acompañado de la activación fisiológica. Por otro lado, la Ira rasgo implica la vivencia de episodios iracundos de forma más o menos frecuente y/o intensa, ya sea por la percepción de situaciones identificadas como problemáticas o por predisposición a enfrentarse a este tipo de circunstancias como algo normal en la vida.

Por otro lado, la manera de afrontar y expresar la ira se clasifica en dos tipos (Becerra, 2008):

- a) Ira interna: Se trata de la tendencia a suprimir las manifestaciones de sentimientos de enfado evitando por todos los medios expresarlos de forma

abierta, es decir que la persona se esfuerza para que sus sentimientos no sean observables.

- b) Ira externa: implica la expresión de sentimientos iracundos abiertamente. La forma de manifestarla ira se presenta de dos maneras, de forma comunicativa o asertiva que significa que de ninguna manera se expresa de modo amenazante, más bien esta reacción es aceptada socialmente. La segunda se manifiesta de forma adversa, donde el fin último de su manifestación es meramente dañar al otro.

Asimismo, la Ira hace referencia a una emoción displacentera conformada por sentimientos que varían en intensidad y que, fisiológicamente, se caracterizan por un aumento en la activación del Sistema Nervioso Simpático, del Sistema Endocrino y tensión en la musculatura esquelética. El signo expresivo más significativo de la ira son los gestos faciales y desde el punto de vista cognitivo, representa una serie de pensamientos contradictorios y contrapuestos. También se puede observar que los sujetos airados tienen tendencia a comportarse de manera agresiva (Palmero, Espinosa y Brea, 1995, en Crespo y Benages, s/f).

## **2.6 Ámbitos de mayor incidencia en el PCTA**

### **2.6.1 Ámbito laboral**

Hablando del aspecto motivacional los sujetos que presentan la conducta tipo "A" pueden obtener resultados positivos en su trabajo, debido a la incesante lucha por ser competitivos, pero con repercusiones biopsicosociales originadas por la hostilidad y la impaciencia. Se han realizado un gran número de investigaciones para determinar que este tema puede ser abordado desde dos perspectivas. La primera es la psicofisiológica y la segunda está basada en el ambiente y la cultura.

Esta última tiene importantes efectos en el ámbito organizacional, ya que se trata de un entorno donde predominan las presiones, la búsqueda de competitividad y la lucha contra el tiempo en todas las actividades (Chesney, 1983, en García y Berrios, 1999; Reynoso y Seligson, 2001). Ahora en cuanto al aspecto psicofisiológico, se ha identificado que en el área laboral se manifiestan mayores efectos en las personas que poseen un cargo de gran responsabilidad y con altos niveles educativos (Byrne y Renhart, 1995, en García y Berrios, 1999).

Entre otras características de tipo psicológico identificadas en el área organizacional se hallan las siguientes:

- a) Ambición
- b) Energía
- c) Impaciencia
- d) Irritabilidad

Estos factores han sido considerados componentes definitorios del PCTA, que tienen lugar por el estrés- tensión enfrentado en el trabajo. En este aspecto, Kiuimaki, Kalimo y Julkiunen, (1996, en García y Berrios, 1999), concluyen que la irritabilidad e impaciencia incrementan el estrés y las posibilidades de manifestar consecuencias psicológicas y fisiológicas.

Mischel (1968, en Izquierdo y Gil- Lacruz, 2004), destaca la importancia de los elementos que a pesar de que han sido explicados con diferentes teorías de personalidad que difieren entre sí, coinciden en la tesis de que el comportamiento personal depende de las circunstancias que se viven. Por otro lado, Eysenck, (1967, en Izquierdo y Gil- Lacruz, 2000) sostiene que la constancia de nuestra forma de ser, se explica en términos biológicos. Partiendo de esta perspectiva, los neurofisiólogos indagan de qué manera las particularidades del carácter están determinadas por las diferencias individuales en el funcionamiento del sistema de activación reticular. A este sistema se le atribuye la responsabilidad de la actividad cerebral originada por

la estimulación externa. De ahí que el temperamento, los sentimientos y la conducta, resultan de distintos niveles de funcionamiento biológico. Se debe tener en cuenta que los factores de personalidad, las emociones, el comportamiento y cuestiones fisiológicas, están interconectadas en su funcionamiento. Por su parte Hull, (1971, en Izquierdo y Gil- Lacruz, 2000), expresa la definición de emoción establecida por James, donde menciona que las emociones resultan de una tendencia de personalidad caracterizada por la disposición a determinados reflejos comportamentales (llorar, reír, ruborizarse) y cuya base es biológica.

De modo que la activación implica todas aquellas reacciones en el interior de la persona y que se hallan estrechamente relacionadas con funciones como la tasa cardiaca, presión sanguínea, ritmo respiratorio, secreción de jugos del estómago y dilatación pupilar (Izquierdo y Gil- Lacruz, 2000).

El significado que se le otorga al trabajo surge por los cambios sociales experimentados actualmente, ya que tanto a nivel personal, como social, lo consideran una fuente de desarrollo y crecimiento. Las personas influidas por modelos culturales que priorizan el poder dentro de la organización adoptan posturas que denotan la posesión de alta jerarquía, lo cual da lugar a los valores, creencias y al significado conferido culturalmente al trabajo. En cuanto a la socialización, ésta se relaciona con distintas variables situacionales como la clase social, condiciones del mercado laboral, ciudad de residencia, redes de apoyo social, etc. También se incluyen variables personales como el estilo de comportamiento, como sería la hostilidad, valores y el tipo de actitud manejada (García y Berrios, 1999).

El carácter multidimensional del PCTA se identifica con las conductas manifestadas en los entornos de desarrollo de los individuos mostrando por ejemplo en el trabajo extrema preocupación por éste y la gran preocupación por conseguir sus objetivos para ser exitoso y reconocido por los demás como el mejor. Otras características observadas son: la urgencia temporal, definida como la velocidad que los individuos imprimen en todo lo que realizan, de la mano la hiperactividad, aspectos cognitivos

como la necesidad de mantener el control de todo y todos, un estilo atribucional específico y criterios de evaluación ambiguos (Friedman y Rosenman, 1974, en García y Berrios, 1999).

Los efectos negativos que se producen con la relación de los factores irritabilidad e impaciencia, ponen en riesgo la salud mental de los individuos, debido a que producen trastornos como la depresión y la ansiedad. No se debe pasar por alto que a nivel físico se halla la predisposición a padecer problemas coronarios.

García y Berrios (1999), sostienen que el significado psicológico del trabajo, es multidimensional e incluye cinco componentes particulares que están interrelacionados entre si.

1. Centralidad del trabajo. Aquí se identifican dos elementos teóricos. El primero distingue al trabajo, como rol de vida, porque forma como parte de la identidad personal. El segundo se identifica como algo situacional, es decir que se realizan las actividades por gusto, como sería laborar con amigos, familiares, entre otros.
2. Normas sociales sobre el trabajo. Se trata de creencias que reflejan valores establecidos culturalmente con los que se realizan evaluaciones sobre el trabajo. En relación con los principios normativos, se han derivado dos dimensiones. La primera es la orientación normativa hacia el trabajo como obligación. La segunda otorga al trabajo el carácter de derecho.
3. Valor de los resultados del trabajo. Los resultados positivos y motivantes para los individuos es lo que se pretende obtener en el trabajo.
4. Metas laborales. Están relacionadas con los valores laborales, pero son independientes entre sí, de manera que las primeras se enfocan en lo que los

sujetos pretenden lograr con su trabajo, mientras que las segundas se refieren a las razones por las que la gente trabaja

5. Identificación con el rol de trabajo. Tomando en cuenta lo expuesto anteriormente, puede entenderse que el significado del trabajo está determinado por las experiencias vividas por los individuos y los cambios suscitados a nivel social.

Otros factores identificados en el estudio de la conducta tipo "A" en el ámbito laboral son, la influencia de la ambición- energía y la impaciencia- irritabilidad que tienen lugar por el estrés- tensión suscitados en el trabajo. Kiulmaki, Kalimo y Julkumen (1996, en García y Berrios, 1999), establecen la importancia de que el componente impaciencia- irritabilidad, genere estrés y aumente el número de síntomas psicológicos y fisiológicos. El estrés laboral surge por la demanda de los recursos con los que se cuenta para satisfacer las necesidades y que se requieren para obtener bienestar. Las situaciones estresoras traen consigo desajustes que las personas desarrollan en el trabajo y se manifiestan en las relaciones sociales que poseen carácter de necesarias, como serían los altos niveles jerárquicos a los que hay que atender por cuestiones del buen funcionamiento de la organización, así como también, se incluye el ajuste al ambiente (Edmundo y Cooper, 1990, en Izquierdo y Gil- Lacruz, 2000).

En las características anteriormente mencionadas, se observan los siguientes elementos:

- 1) El estrés laboral surge por falta de ajuste de las persona dentro de la organización.
- 2) Los problemas que se producen son de carácter subjetivo y la manera de enfrentarlos es poco objetiva.

- 3) La manera de enfrentarse al desajuste experimentado tiene consecuencias negativas tanto en la salud, como en el bienestar general de las personas.

Por tanto, son distintas las causas que generan estrés laboral entre las que destacan las imposiciones, decisiones unilaterales y arbitrarias, condiciones de competencia, entornos injustos de evaluación y un ambiente de trabajo enrarecido. En este aspecto es importante considerar la valoración que el trabajador hace de su propia realidad (Izquierdo y Gil- Lacruz, 2000).

#### 2.6.2 Ámbito estudiantil (enfocado en niños y adolescentes)

Fue en los trabajos de Mathews (1977, en Cuesta, 1990), donde se halla que dicho patrón de conducta en los niños se desarrolla de la misma manera que en los adultos, debido a que buscan mantener el control en todo lo que están implicados.

En el estudio del PCTA recientemente se ha considerado importante indagar a la población infantil y adolescente principalmente en el ambiente escolar, ya que se observan con frecuencia características de la conducta en cuestión y las consecuencias orgánicas comunes (Mathews, 1977, en Cuesta, 1990).

Las razones que motivan dicho interés son varias y serán expuestas a continuación (Cuesta, 1990):

- 1) A pesar de la evidencia que existe acerca de que la hipertensión secundaria es rara en personas jóvenes, sostiene que la hipertensión esencial, no lo es. Sobre esta línea de investigación se ha identificado que los altos niveles de tensión que se manejan en edades tempranas influyen en el desarrollo de dicho patrón, la aterosclerosis tiene lugar en edades tempranas quedando establecida por completo en la adolescencia y permaneciendo estable a lo largo de la vida.

- 2) El hecho de identificar tempranamente este tipo de comportamientos o patrones de conducta incrementa la probabilidad de que los programas de intervención aplicados en poblaciones infantil/adolescente, reeduquen a los sujetos y que este nuevo aprendizaje se extienda hasta la edad adulta. Lo anterior resulta relevante, dado que las enfermedades cardiovasculares se hallan con más frecuencia en edades maduras, por el estilo de vida adoptado en la actualidad.
  
- 3) El PCTA en niños, tiene sus efectos en cuestiones académicas, los cuales, limitan el adecuado desarrollo escolar.

Autores como Block y Kagan, (en Cuesta, 1900), identificaron que la fuerte motivación de logro en niños que cursan un nivel de educación básica, permanece estable hasta la edad adulta. Por otro lado, dan cuenta de que la impulsividad (rasgo asociada con la impaciencia) igualmente persiste hasta la adultez. De la misma manera, la competitividad, la ira y la agresividad, mantienen ese patrón.

Por otra parte De la Torre (1993) menciona que el desarrollo del PCTA influye en mayor grado en el ambiente en el que se desenvuelve el individuo que en el factor genético. Asimismo, también hay evidencia de que este patrón conductual se origina en la infancia y que los factores culturales juegan un papel importante como antecedentes para su desarrollo.

## **2.7 Patrón de conducta tipo “A” en mujeres**

En la investigación del PCTA se ha puesto poca atención a las implicaciones que se presentan en el género femenino. El presente trabajo se ha enfocado en la descripción de las características de la conducta tipo “A”, las poblaciones más propensas y los ámbitos más peculiares para la manifestación de éste. Sin embargo, se considera de gran relevancia indagar al género femenino debido a que ellas participan en distintos ámbitos de desarrollo como son la familia, el trabajo y el hogar.

Si se piensa en términos de las características que favorecen el desarrollo del PCTA, el rol que las mujeres desempeñan en estos ambientes, demandan gran responsabilidad para su funcionamiento adecuado, lo cual permite distinguir que ellas son una población en riesgo para presentar estas pautas comportamentales. A continuación se citarán algunos autores enfocados en esta población.

Friedman (1996, en Solís y Randeles, 2003) refería que no era sencillo determinar con exactitud la prevalencia de la conductual tipo “A” en mujeres debido a que su participación la realizan en distintos ambientes que son promotores de riesgo. Otras variables influyentes son: el que vivan en la ciudad o en el campo, que pertenezca al rubro laboral, su ubicación geográfica, entre otras.

Lo anterior complejiza la tarea de conocer certeramente la incidencia del PCTA en este género. Por su parte Kopper (1995, en Solís y Randeles, 2003), sostiene que la prevalencia del patrón tanto en hombres, como en mujeres es similar. Sin embargo, estas últimas son más propensas a desarrollarlo cuando están implicadas tanto en el hogar, como en el trabajo. Se ha identificado que las mujeres tipo “A” con niveles elevados de hostilidad, presentan mayor reactividad cardiovascular (Friedman y Rosenman, 1998, en Solís y Randeles, 2003).

A pesar de que hay menores posibilidades de que este género padezca infartos, cuando sucede invariablemente padecen el PCTA.

## **2.8 Consecuencias**

Izquierdo y Gil- Lacruz (2000), identificaron que la formación de placa arterona, genera la acumulación de tejido en el interior de los conductos sanguíneos, lo cual provoca la lesión típica de la enfermedad coronaria. Los mecanismos participantes en la formación de dicha placa y sus posteriores complicaciones son:

- a) Factores mecánicos. Bifurcaciones y curvas de las arterias coronarias, en las que, el flujo sanguíneo causa turbulencias y daño endotelial mediante la fijación de las placas de ateroma. Así se generan las alteraciones de afluencia sanguínea como es el caso de la hipertensión arterial, que da lugar a la enfermedad coronaria.
  
- a) Factores químicos. Actúan a través de las lipoproteínas. Las placas que se crean sobre las paredes, están formadas por cristales de colesterol.
  
- b) Factores inherentes. Estos tienen un origen genérico y por ningún motivo pueden ser modificados, a pesar de que las condiciones de vida sean distintas.
  
- c) Factores tradicionales. Estos son de orden físico- biológico, como son el colesterol y la hipertensión y se relacionan con aspectos emocionales, son otro lado, también intervienen cuestiones comportamentales, como el consumo de tabaco y cafeína.
  
- d) Factores emocionales. En estos se integran elementos conductuales y sociales dentro de los cuales, resulta de gran relevancia el estilo de vida, cuya magnitud de riesgo es igualmente amenazante como la de los factores mencionados con anterioridad. Aquí están implicados, el PCTA, la hostilidad y la ira, que no se presentan de manera aislada, sino que por su interacción se intensifican sus efectos.

Como resultado del tipo de emociones que predominan en presencia del patrón conductual tipo "A" se identifica que los sujetos que lo manifiestan tienen importantes consecuencias en el trabajo, pues por características como impaciencia, hostilidad, urgencia de tiempo, ira, entre otros, resulta complicado trabajar conjuntamente con sus compañeros. La gran necesidad de que todo salga perfecto, conlleva a que los

individuos prefieran realizar todas las actividades solos pese a que la tensión y la responsabilidad incrementen considerablemente.

Lo anterior significa un importante riesgo cardiovascular por la sobre activación neurobiológica originada provocando que las vías noradrenérgicas y simpático adrenérgicas influyan a la manifestación de conductas de huida, tensión en los músculos faciales, movimientos repetitivos de manos y pies, estado de hiperalerta.

El PCTA se identifica como un complejo acción-emoción porque se presentan respuestas tanto a nivel motor, como de tipo emocional de modo que los rasgos resultantes influyen en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y prevalencia de tensión, estrés y ansiedad, de las cuales pueden resultar, infarto al miocardio, angina de pecho e incluso la muerte súbita. Otras de las consecuencias a nivel orgánico que pueden suscitarse, son la hiperresponsividad neuroendocrina y cardiovascular, mediada por el SNS, elevada tensión arterial, hipercolesterolemia, hiperactividad cognitiva, entre otros (Pérez y Caputo, 2000).

## **2.9 Importancia de la intervención del psicólogo para la prevención y tratamiento del PCTA**

El trabajo psicológico con las personas resulta una herramienta útil para la prevención y tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, así como también del Patrón conductual tipo “A” derivadas del estilo de vida hoy en día predominante basado en la competitividad. Esta labor implicaría reeducar a los individuos para el cambio conductual donde se abandonen los hábitos riesgosos para la salud como son fumar, beber, la falta de actividad física y la mala alimentación. Aunado a esto se halla la modificación de la habitual forma de interacción tanto a nivel social, como en el ambiente de desarrollo, ya que la correspondencia con el esquema del ritmo de vida bajo presión y el mantenimiento en situaciones de reto para demostrar competitividad predisponen al desarrollo de enfermedades cardiovasculares producto del estrés. Es en esta tarea donde el psicólogo tiene cabida, pues la implementación

de programas que fomenten el comportamiento saludable posibilitará la disminución de la mortalidad por el descuido de la salud.

Este trabajo debe enfocarse en la promoción de comportamientos saludables, y a la para hacer explícitos los factores que facilitan e incrementa el riesgo de padecer tales enfermedades.

La rehabilitación y restitución de la salud no sólo depende de la adherencia al tratamiento o de la hospitalización, sino que aunado a esto el psicólogo debe proporcionar estrategias para adquirir habilidades que posibiliten la modificación del comportamiento perjudicial para la salud. Este objetivo será factible alcanzarlo promocionando acciones prometedoras de calidad de vida.

A modo de resumen, el Patrón de Conducta Tipo "A" es un síndrome conductual constituido por distintos factores de índole psicológica, fisiológica y social, cuyos efectos favorecen el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. Aquello que caracteriza este tipo de personalidad es la preocupación extrema por la consecución de metas, las actitudes de impaciencia, agresividad, estado de hiper-alerta, hiperactividad, tensión de los músculos de la cara, tono elevado de voz y el desempeño de las actividades a gran velocidad para considerarse competitivos.

Usualmente las personas que presentan este patrón, se hallan fuertemente comprometidos con el trabajo y/o la escuela, lo cual tiene consecuencias sociales por la dificultad que les resulta convivir con los demás por la poca tolerancia a los tiempos que manejan los otros en su desempeño. Esto lo consideran un obstáculo para el logro de sus objetivos, de manera que prefieren asumir la responsabilidad completa de las labores aunque esto les signifique sobrecarga de trabajo. En consecuencia este exceso de actividades da lugar a reacciones hostiles, iracundas y agresivas haciendo su ambiente de trabajo bastante tenso. Lo anterior atribuye en la predisposición al desarrollo de enfermedades cardiovasculares cuyos resultados son

fatal es para la vida. De los problemas que tienen lugar se hallan el infarto al miocardio, angina de pecho, tensión arterial elevada, hipercolesterolemia, etc.

Factores como el ritmo de vida acelerado y bajo presión también funge el papel de facilitadores de los problemas anteriormente mencionados y estas características son definitorias del patrón conductual tipo "A". Debe tenerse muy en cuenta que su presentación no es privativa de determinados rangos de edad.

Por lo que tanto niños, como adultos, son propensos al desarrollo del PCTA. La forma de vida en estas condiciones mantiene a los individuos en situaciones de estrés y ansiedad, reconocidos como importantes factores de riesgo para la salud.

La exposición de la influencia de factores psicológicos en el desarrollo de enfermedades físicas, parece fundamental la difusión de estrategias de modificación conductual, que hagan posible la disminución del riesgo a la salud por cuestiones de desconocimiento. Es aquí donde se reconoce la importante labor del psicólogo facilitando programas de intervención enfocados en que los individuos desarrollen nuevas habilidades de tipo adaptativas que les permitan afrontar las situaciones adversas de su vida asertivamente. El empleo de técnicas cognitivo-conductuales como la relajación progresiva, inculación de estrés, solución de problemas y asertividad harán posible la reestructuración cognitiva de los individuos y con esto la calidad de vida se verá beneficiada.

## **3. TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL**

### **3.1 Antecedentes de la terapia Cognitivo Conductual**

Teniendo en cuenta que el objetivo de este trabajo es proponer un programa de modificación conductual para desarrollar habilidades de afrontamiento y solución de problemas enfocado a minimizar el riesgo de padecer enfermedades crónico-degenerativas y el denominado Patrón de Conducta Tipo "A", se utilizarán técnicas del modelo teórico cognitivo conductual, ya que las técnicas que emplea, resultan adecuadas para la consecución de la meta planteada.

A continuación se hará mención de los antecedentes que dieron lugar a esta teoría.

Partiendo de lo expuesto por Mahoney y Freeman (1998), la terapia cognitivo-conductual tuvo lugar por las limitaciones halladas en el psicoanálisis. Éste se enfocaba en el análisis de sueños y pensamientos de personas que padecían depresión. Identificaron que dichos pacientes coincidían en el mantenimiento de ideas de fracaso y la disposición cognitiva a lo negativo.

Por otro lado, Kazdin (1994), menciona que el enfoque cognitivo conductual tiene sus orígenes en la psicología de la conducta, donde se considera que el comportamiento es aprendido o alterado mediante procedimientos de aprendizaje. Dentro de este pensamiento toma importancia el contexto social donde se presenta la conducta, su frecuencia, magnitud e intensidad; así como las consecuencias (reforzadores) de la misma que pueden actuar de manera positiva o negativa.

Los autores que dieron pie al desarrollo de los principios anteriores fueron, John Watson, Ivan Pavlov, y B.F Skinner. Para ellos el objeto de estudio era el desarrollo y examen de los principios de la adquisición y cambio de la conducta, en este proceso

la mente se redujo a un epifenómeno (caja negra) porque no podía observarse por otros individuos (Dowd, 1997).

Los pilares teóricos básicos de la terapia cognitivo-conductual serán descritos a continuación. El primero de éstos surge a fines del siglo pasado a partir de las investigaciones del fisiólogo ruso Ivan Pavlov, quien accidentalmente descubre un proceso básico de aprendizaje que denominó Condicionamiento Clásico. Éste se trata de un proceso por el cual, los organismos aprenden relaciones predictivas entre estímulos del ambiente. En el experimento típico de Pavlov, un perro aprendía a salivar ante el sonido de un metrónomo cuando éste había sido presentado sucesivas veces antes de la administración de comida. De esta manera, el sonido juega el papel de una señal que anticipa la aparición de un fenómeno relevante para la vida del organismo, el cual responde en consecuencia (Gaona, 2005).

Pavlov se interesó por los estímulos que producían respuestas automáticamente, es decir que ciertos estímulos ambientales provocaban respuestas reflejas. Dicha conducta escapaba al control del organismo (Kazdin, 1989).

Sobre los trabajos de Pavlov es que se inspira uno de los autores más conocidos y más asociados con la Terapia Cognitivo-Conductual, John B. Watson, quien aplicando los principios del condicionamiento clásico para remitir la fobia de un niño, funda las bases de lo que luego se conoce como el conductismo. El conductismo watsoniano representa actualmente las bases metodológicas del modelo que un cuerpo teórico de principios explicativos de los cuales se derivan técnicas de intervención (Phares y Trull, 1999).

Watson naturalmente exaltó el objetivismo, poniendo el acento sobre los datos objetivos (frente a los informes introspectivos de la conciencia), como el fundamento de una psicología nueva. Consideraba a la conciencia y a los estados subjetivos como temas que no podían abordarse mediante el estudio científico. Pensaba que los fenómenos mentales se explicaban mediante leyes estímulo-respuesta y a través

del estudio de receptores, efectores y conexiones nerviosas. El pensamiento watsoniano concedió al aprendizaje un puesto central en la psicología, y especialmente al aprendizaje de estímulo-respuesta tal y como aparecía en el trabajo de Pavlov (Kazdin, 1989).

El papel de las influencias externas sobre la conducta era fundamental, derivándose de ésta la suposición de que la conducta podía modificarse fácilmente a través de manipulaciones ambientales, en general gran parte de los temas en los que se centró Watson fueron las reacciones al introspeccionismo y al funcionalismo (Kazdin, 1989).

Hacia el año 1930, las investigaciones de B.F. Skinner se interesan por la existencia de otro tipo de aprendizaje, el Condicionamiento Operante. Argumenta que en su mayoría la conducta humana no es voluntaria ni provocada por estímulos de reacciones reflejas, sino que son emitidas espontáneamente y controladas principalmente por sus consecuencias, es decir, son fortalecidas o debilitadas en función de los eventos que las prosiguen (Kazdin, 1994).

Gran parte de las investigaciones desarrolladas a la luz del condicionamiento operante y el condicionamiento clásico, influyeron en lo que se conoce como Teoría del Aprendizaje, la cual históricamente ha nutrido con hipótesis a la Terapia Cognitivo-Conductual.

Los trabajos encabezados por Albert Bandura conformaron nuevas hipótesis, enfocadas en conocer el papel que la imitación jugaba en el proceso de aprendizaje. Como resultado de esto, tuvo lugar la "Teoría del aprendizaje social". Ésta sostiene que el aprendizaje no sólo se produce por medio de la experiencia directa y personal sino que, fundamentalmente en los seres humanos, la observación de otras personas así como la información recibida por medio de estímulos verbales o visuales, las personas adquieren nuevas conductas. Dicho proceso sugiere que basta con observar que una persona está siendo reforzada por haber realizado

determinada acción, para que la otra se disponga a hacerlo (Aprendizaje vicario). Los hallazgos de Bandura afirman que lo que pasaba en la caja negra era crucial para el condicionamiento operante y que no era un proceso automático, sino un proceso mediado por la cognición (Phares y Trull, 1999).

Otra importante influencia, fueron los resultados iniciales de dos terapeutas cognitivos, Albert Ellis y Aarón Beck. Aunque desarrollados de manera independiente, sus modelos de intervención terapéutica en lo esencial, coinciden (Terapia Cognitiva y Terapia Racional Emotiva).

La Terapia Cognitiva tiene sus raíces en algunos de los más tradicionales sistemas de terapia, difiere de algunas teorías como la psicodinámica, conductista y las modalidades neuropsiquiátricas. Esta señala que lo que los individuos piensan y perciben sobre ellos, el mundo y el futuro resultó relevante y tuvo un impacto directo sobre cómo sienten y se comportan. La visión del yo, el mundo y el futuro se conoce como "Tríada cognitiva" y se presentó por primera vez en el modelo cognitivo de la depresión de Beck (Kendall y Norton- Ford, 1988).

Dowd (1997), menciona que la Terapia Cognitiva comenzó a principios de los sesentas como resultado de los estudios de Beck sobre la depresión. Inició su trabajo intentando validar la teoría Freudiana, que sostenía que la depresión resultaba de la ira dirigida hacia el yo. Al intentar validar esta teoría, Beck encontró que los sueños de los sujetos depresivos se caracterizaban por temas de pérdida y tristeza. Es decir, que la depresión de un cliente podía explicarse por su realidad producida por un número de errores cognitivos y por el sentimiento de una serie de creencias irracionales mantenidas. Tras realizar una serie de estudios clínicos y de investigaciones, Beck desarrolló la teoría cognitiva de los trastornos emocionales y a continuación el modelo cognitivo de la depresión (Meichenbaum, 1998).

Otra importante influencia de la Terapia Cognitiva se alimentó de los trabajos de un gran número de escritores, uno de los de mayor influencia fue George A. Kelly (1955)

que desarrolló un modelo de constructos personales y creencias asociado al cambio de conducta. Kelly definió un constructo como la forma en que el individuo construye o interpreta el mundo, su interés se centró en observar cómo la persona estructura y da significado a esos constructos particulares. Luego de Kelly, las terapias cognitivas de la emoción, desarrolladas por Magda Arnold (1960) y Richard Lazarus (1966) propusieron que el cambio en la cognición era el cambio emocional y conductual (Dattilio, 1990).

Albert Ellis con la Terapia Racional Emotiva (TRE) apoya los principios de la Terapia Cognitiva y ha favorecido el desarrollo de lo que se conoce como Terapia Cognitivo-Conductual. Ambas sostienen que los individuos adoptan formas de razonamiento y ejercen control sobre sus pensamientos y acciones (Dattilio, 1990).

Dentro de las contribuciones del trabajo de Ellis se hallan, la distinción entre creencias racionales e irracionales. Las primeras permiten a los individuos obtener lo que desean; mientras que las segundas suelen ser dogmáticas y absolutistas impidiendo a las personas conseguir lo que se proponen. Otra aportación es el método A-B-C para el análisis y cambio cognitivo conductual, el cual, argumenta que las creencias "B" acerca de un acontecimiento activador "A" conduce a la consecuencia "C", en lugar de emitir una conexión directa A-B; por lo tanto podríamos cambiar "C" cambiando "B", incluso si "A" no cambiara (Kendall y Norton-Ford, 1988).

Ellis propone que la conducta está al servicio del cambio cognitivo, para ello no es necesario indagar sobre el pasado, sino identificar y discutir las creencias irracionales actuales (Kazdin, 1989).

Como se puede observar, ciertos conductitas contemporáneos han influido también en la Terapia Cognitiva, su crecimiento y desarrollo. Como se mencionó anteriormente la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura (1977) que conceptualiza nuevos patrones de conducta (aprendizaje por observación) contribuyó

al modelo cognitivo y da lugar al modelamiento participativo. Esta teoría favoreció el giro de la terapia de conducta hacia el ámbito cognitivo. Los primeros trabajos de Mahoney (1974) sobre el control cognitivo de la conducta y los de Meichenbaum (1977) sobre la modificación de conductas cognitivas han sido también importantes aportaciones teóricas (Dattilio, 1990).

### **3.2 Definición y características de la terapia Cognitivo Conductual**

Las terapias cognitivas y las terapias conductuales han quedado integradas recientemente en forma de intervenciones cognitivo-conductuales. Por ejemplo, la terapia cognoscitiva de Beck para la depresión son en realidad cognitivo conductuales, aunque esos procedimientos hacen hincapié en los procesos cognitivos del cliente, los terapeutas siguen también procedimientos conductuales como parte del tratamiento, por ejemplo tareas para hacer en casa, el ensayo, la autovigilancia y la práctica reforzada convierten los tratamientos con orientación cognoscitiva en tratamientos cognoscitivo- conductuales (Kendall y Norton-Ford, 1998).

La terapia cognitivo conductual conjuga elementos tanto del conductismo como del cognoscitivismo; hace hincapié en la importancia de las cogniciones o pensamientos como conductas a ser cambiadas, además de las conductas observables, esto es a través de un análisis funcional de la conducta en el que se contempla lo que podríamos llamar cinco variables: estímulo o situaciones estímulo, organismo, respuesta, contingencias y consecuencias; detallando aspectos tanto internos como externos del individuo en cuestión (Balbuena, 2005).

La Terapia Cognitivo Conductual es un modelo de tratamiento psicoeducativo, a corto plazo, activo, directivo, estructurado y dinámico que plantea una nueva manera de conceptualizar la psicoterapia, acerca de los diversos factores en los que se desenvuelve el hombre e interactúa con un determinado estilo de vida (Goldfried, 1995).

De acuerdo con Aragón y Silva (2002, en Yapko, 2006) en la aproximación cognoscitiva-conductual, la intervención psicológica es el proceso que comprende un amplio conjunto de técnicas y procedimientos de evaluación y tratamiento usados selectivamente y ajustados para cada individuo en particular.

Cabe distinguir que esta técnica terapéutica presenta diferencias en sus estrategias de intervención, no sólo dependiendo de los problemas conductuales a abordar, sino que también distingue el procedimiento a emplear de acuerdo con la forma en que se manifiesta el mismo conflicto en diferentes casos.

Luego entonces, la terapia cognitivo-conductual es una de las teorías que plantea su propio modelo terapéutico, tiene como principio fundamental la resolución de los problemas actuales y con ello atenuar los síntomas mediante la intervención de cogniciones con el fin de modificar comportamientos. En este modelo terapéutico se consideran dos elementos primordiales de intervención. El primero hace referencia a las cogniciones o pensamientos y el segundo a las conductas que se originan a partir de creencias irracionales (Yapko, 2006).

De acuerdo con Beck (1983), este modelo terapéutico manifiesta como supuesto teórico que los efectos y la conducta que tiene un individuo, están en gran medida determinados por el modo en que estructura el mundo. Esto quiere decir que la Terapia Cognitivo-conductual se centra en la atención de las cogniciones, identificadas como elementos básicos de intervención debido a que los pensamientos son fortalecidos por las actitudes aprendidas a lo largo de la vida del paciente, siendo elaboradas correcta e incorrectamente.

Kendall y Norton-Ford (1998) mencionan que los procedimientos de intervención que reflejan una postura cognoscitivo-conductual están basados en los principios siguientes:

1. El organismo humano responde a las representaciones cognoscitivas del medio, no al medio propiamente dicho

2. Esas representaciones cognoscitivas están relacionadas con el proceso de aprendizaje
3. La mayor parte del aprendizaje humano se comunica cognoscitivamente
4. Los pensamientos, los sentimientos y las conductas son causalmente interactivos

Asimismo resulta de gran importancia hacer mención de la manera en que se desempeña la terapia cognitivo-conductual. A continuación se expondrá el procedimiento utilizado.

Es esencial que el terapeuta tenga los conocimientos necesarios para intervenir en la queja que el paciente hace explícita. Lo que significa de acuerdo con lo plantado por Gavino (2000):

- 1- El problema planteado puede que no corresponda con las variables sobre las que debería recaer el tratamiento. Esto es, puede suceder que la demanda no se corresponda con las conductas problemáticas y por lo tanto con los objetivos terapéuticos a considerar.
- 2- En el caso de que las demandas coincidan con los objetivos terapéuticos, hay que conocer qué variables están interviniendo de una u otra manera en dicho problema.
- 3- Tanto en uno como en otro caso puede ocurrir que existan conductas adicionales e independientes de las quejas planteadas que también resultan problemáticas para los sujetos. Así, es posible que existan otros problemas que también lo afectan de manera sustancial o que contribuyen al mantenimiento del conflicto.

No se debe pasar por alto que para que la intervención sea la mejor para el caso en cuestión, resulta necesario que el instrumento de evaluación a emplear sea el idóneo para la indagación precisa.

En segundo término se debe proceder a la recogida de datos, que de acuerdo con la misma autora implica el siguiente procedimiento.

El problema con el que se encuentra el terapeuta que empieza, es saber qué datos necesita tener, así como la forma de recoger la información que le permita intervenir. En un principio no se tiene aproximación alguna a la información de la vida del paciente, de manera que en un primer momento deben emplearse estrategias que sirvan para recoger información general, es decir datos que abarquen distintas áreas de la vida del cliente.

A continuación debe tenerse en cuenta la aplicación de instrumentos de evaluación para recopilar la información necesaria, resulta fundamental conocer la función de éstos para lograr el objetivo de la intervención.

Los instrumentos de evaluación son de tres tipos: entrevista, autoinforme y registro de observaciones.

Una vez que se tiene conocimiento de los factores anteriormente mencionados, se debe plantear la cuestión de ¿cómo obtener la información pertinente? Para tal efecto, de acuerdo con Gavino (2000), se deben tener en cuenta las siguientes cuestiones:

- 1- Condicionantes del paciente: nivel cultural, deficiencias físicas, variables de personalidad, entre otros.
- 2- Condicionantes del entorno del paciente: fuentes de información, Variables sociales limitantes, medios utilizables del entorno, entre otros.

### 3- Condicionantes situacionales: ambientales y del terapeuta.

En cuanto las características de la Terapia Cognitivo Conductual, Beck (1983) menciona que las cuatro principales características de este procedimiento al paciente, implican que éste debe ser activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado.

La primera característica hace referencia a que dentro de la intervención, la relación paciente-terapeuta debe ser activa; es decir que el terapeuta se encontrará en continua actividad e interacción intencionadamente con el paciente, fungiendo el papel de guía a lo largo de las sesiones de intervención. De la misma manera la participación del paciente debe ser participativa, ya que es la persona indicada para reformular las cogniciones existentes.

La segunda, menciona que el proceso debe de ser directivo, debido a que debe poseer un objetivo de intervención, el cual será atendido mediante la estructuración que le dé el terapeuta a lo largo de las sesiones, con la finalidad de atender las demandas del paciente mediante el empleo de técnicas y estrategias que permitirán el cumplimiento del objetivo de la terapia.

Así también, la intervención bajo el modelo cognitivo conductual deberá ser estructurado en función del objetivo terapéutico que manifieste el paciente; con base en esto, el terapeuta estructurará la terapia de acuerdo al tiempo, técnicas y estrategias que empleará para que el paciente participe activamente en la reestructuración de sus cogniciones y comportamientos (Balbuena, 2005).

Y la última característica que enuncia Beck (1983), manifiesta el tiempo limitado que deberá poseer el proceso de intervención; durante éste, el terapeuta debe de formular estrategias encaminadas a cumplir con el objetivo terapéutico.

El Modelo Cognitivo Conductual, busca identificar las cogniciones que fortalecen los síntomas presentados y se someten a evaluación lógica y empírica para fortalecer o debilitar a los mismos. Enseguida se procede a modificar la conducta, con el objetivo de erradicar los pensamientos que favorecen el surgimiento de aquellos comportamientos que dan origen a los trastornos (Gavino, 2002).

Los terapeutas cognitivo-conductuales han desarrollado programas de intervención para ayudar a sus clientes a ser conscientes de los procesos y enseñarles a captar, registrar e interrumpir las cadenas cognitivo-afectivo-conductuales empleando respuestas de afrontamiento incompatibles y más adaptativas. En ocasiones ellos necesitan entrenamientos en habilidades específicas, también se involucran personas significativas (pareja, miembros de la familia, profesores, compañeros, etc.) en el tratamiento con el fin de aumentar la probabilidad de generalización y mantenimiento (Meichenbaum, 1988).

### **3.3 Técnicas de la terapia Cognitivo Conductual**

Las técnicas empleadas bajo este modelo terapéutico, resultan facilitadoras en el tratamiento de diversos problemas clínicos (Sánchez, Rosa y Olivares, 1999), debido al abordaje que se le da a éstos por medio de las estrategias oportunas y adecuadas.

De acuerdo con Sánchez, et al., (1999), dichas técnicas se apoyan en la aplicación de los principios de los procesos cognitivos sobre el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta. Su premisa básica argumenta que los patrones irracionales y desadaptativos de personalidad generan una falsa interpretación del medio. Esto permite reafirmar el supuesto que Beck (1983) aporta respecto a que todo comportamiento que tiene el individuo tiene su origen por la manera en que éste perciba su entorno y su interacción con el mismo.

De esta manera, las técnicas que prevalecen bajo este modelo terapéutico, se retroalimentan de los dos enfoques que lo conforman y fortalecen, es decir, constan

de técnicas tanto cognitivas como conductuales, ambas se compenetran para que el paciente logre reformular las cogniciones distorsionadas existentes y con ello la modificación de las conductas desencadenadas.

Tomando en cuenta que la amplitud de técnicas que maneja el modelo terapéutico cognitivo-conductual, se seleccionaron aquellas que resultan relevantes para el programa de intervención propuesto en el presente trabajo. De manera que para el objetivo de modificar conductas que favorecen a estilos de vida fundados en situaciones estresoras y tensionantes, se consideró de gran utilidad el empleo de entrenamientos en relajación, entrenamiento asertivo, solución de problemas, entrenamiento en inoculación al estrés y reestructuración cognitiva. A continuación se hará una breve descripción de las técnicas antes mencionadas.

### **3.3.1 Relajación Progresiva de Jacobson**

Las técnicas de relajación constituyen un conjunto de procedimientos útiles no sólo en el ámbito de la psicología clínica y de la salud, sino también en el de la psicología aplicada en general. En cuanto su desarrollo histórico las primeras publicaciones sobre la relajación progresiva de Jacobson y la relajación autógena de Schultz son de 1929 y 1932 respectivamente. Otras técnicas de relajación, como las basadas en el biofeedback o retroalimentación, son bastantes más recientes, ya que se desarrollaron formalmente a partir de los años sesentas y setentas (Vera y Vila, 1991).

Existen importantes conexiones históricas entre las técnicas de relajación, basadas en la sugestión, y los primeros intentos de tratamiento de la enfermedad mental, basados en el magnetismo animal y la hipnosis, tal como fueron publicados en los siglos XVII y XIX. Asimismo, los avances en el conocimiento de la anatomía y electrofisiología de los sistemas neuromusculares y neurovegetativos a lo largo de los siglos XVIII y XIX. Estos descubrimientos demarcan el carácter eléctrico de las contracciones musculares y de las funciones antagónicas de las ramas simpática y

parasimpática del sistema nervioso autónomo, decisivos para el posterior desarrollo de las técnicas psicofisiológicas de relajación (Vera y Vila, 1991).

El avance de las técnicas de relajación a lo largo del siglo XX y su consolidación como procedimientos válidos de intervención psicológica, se ha debido en gran medida al fuerte impulso que recibieron dentro de la Terapia y Modificación de Conducta, al ser consideradas como parte integrante de otras técnicas, (por ejemplo, la desensibilización sistemática) o como técnicas de modificación de conducta en sí misma. Este impulso inicial se vio reforzado por el lugar relevante que continuaron teniendo en los ámbitos más recientes de la medicina conductual y la psicología de la salud (Vera y Villa, 1991).

La relajación es una habilidad sumamente útil para el manejo corporal y la reducción de efectos fisiológicos originados por la ansiedad. El efecto psicofisiológico de alcanzar ese estado de semisueño (relajación) es el nivelar las distorsiones que son producto de la ansiedad sobre los diferentes órganos y sistemas: alteraciones en la regulación de triglicéridos y colesterol, incremento en el ritmo y pulso cardíaco, en la presión arterial, en el sistema digestivo, decremento en el sistema inmunológico, incremento de alergias y desencadenamiento de las hormonas que conducen a infartos (Campillo, 2002).

La relajación progresiva es un procedimiento en el cual los participantes a través de lentificar su respiración e imaginarse aflojando cada una de las partes de su cuerpo, paso a paso entran en un estado fisiológico que es acompañado de calma (Campillo, 2002).

Fue en 1938 cuando Edmond Jacobson publicó el libro titulado Relajación Progresiva en el que describió su técnica de relajación muscular profunda, la cual se basa en la premisa de que la ansiedad que experimenta una persona se traduce en pensamientos y actos que comportan tensión muscular, por lo cual, si se hace desaparecer la tensión desaparece también la ansiedad. La relajación muscular es la

antípoda fisiológica de la tensión. Si se tensan y se relajan sistemáticamente varios grupos de músculos y se aprende a discriminar las sensaciones resultantes de dicho procedimiento, se hará posible la eliminación casi completa de las contracciones musculares, experimentando una sensación de relajación (Gutiérrez,2009).

La ventaja de la Relajación Progresiva es que puede practicarse en cualquier parte, sin que nadie se percate de ella. Se llama progresiva porque comienza con los músculos y se extiende hacia otras partes. Se enseña al cliente a contraer y relajar los músculos alternativamente, de modo que la tensión puede ser reconocida y autocontrolada de manera inmediata. El fin último que se pretende alcanzar, es que el individuo reconozca el momento en que el musculo se encuentra tenso y cuando esta relajado, luego entonces aprenderá a buscar un estado de relajación (Gutiérrez, 2009).

Gutiérrez (2009) menciona que la técnica de Jacobson implica tensar un grupo muscular específico en ambos lados del cuerpo, sostener una tensión de cinco a diez segundos y luego relajarla durante treinta o cuarenta segundos. Este proceso se repite varias veces para cada grupo muscular.

Las técnicas de relajación de Jacobson señalan que ésta se debe realizar bajo ciertos requisitos mínimos como:

- Ambiente tranquilo, sin demasiados ruidos y lejos de los posibles estímulos perturbadores.
- Temperatura adecuada, la habitación debe tener una temperatura moderada (ni tan alta, ni baja) para facilitar la relajación.
- Luz moderada, es importante que se mantenga la habitación con luz tenue.

Los problema en los cuales se aplica la relajación están ligados a la ansiedad, tales como las fobias, miedos y estrés originado por fuentes laborales, ambientales, familiares y personales, entre otras áreas que deben estar asociadas al aprendizaje

social o al condicionamiento de ciertas respuestas de ansiedad ante determinados estímulos. También en el campo de las adicciones, la relajación ha sido un componente básico para disminuir los efectos del síndrome de abstinencia, así como para sustituir la calma producida por el consumo de sustancias (Coffin y Salinas 2011).

Wolpe (2000, en Coffin y Salinas 2011) refiere que existen investigaciones que han demostrado la eficacia de los procedimientos de la relajación en el en tratamiento de muchos problemas relacionados con la tensión, tales como el insomnio, la hipertensión esencial, dolores de cabeza por tensión, el asma bronquial y la tensión general.

### **3.3.2 Entrenamiento Asertivo**

Las técnicas actuales de entrenamiento asertivo están basadas en lo establecido por Wolpe y en segundo término, en los escritos de Andrew Salter. En 1949 fue publicada la primera obra de Salter llamada *Conditioned Reflex Therapy*, esta obra fue muy importante ya que exaltó las virtudes de la conducta de tipo asertivo (Rimm y Masters, 1987).

Sin embargo, los escritos de Wolpe y seguidores tuvieron un mayor impacto que los de Salter. Rimm y Masters (1987) mencionan que esto se dio probablemente por las siguientes razones: en primer lugar, las instituciones psicológicas y psiquiátricas estaban más dispuestas a considerar un enfoque basado en el aprendizaje o en la conducta, en 1958 (cuando se publicó *Psychotherapy by Reciprocal Inhibición* de Wolpe) que en 1949, porque durante la década intermedia, la interpretación teoría psicodinámica de Dollard y Miller era buscada y leída, mientras que la ultraconductista *Science and Human Behavior* de Skinner comenzaba a tener un impacto considerable. En segundo lugar, la aceptación temprana de la desensibilización, facilitó la aceptación del entrenamiento asertivo de Wolpe. Y en tercer lugar Salter defendía procedimientos asertivos (los llamaba excitatorios) para

tratar virtualmente cualquier desorden psicológico y para todo cliente. En cambio Wolpe no prestó atención a las consecuencias de la conducta impulsiva y espontánea, lo cual hacía poco en cuanto a credibilidad ante los clínicos conservadores.

Otros dos autores han contribuido en forma directa o indirecta a las técnicas actuales de entrenamiento asertivo. Uno de ellos es Moreno, fundador de psicodrama. Este implica la dramatización en escena de las actitudes y conflictos de la vida real de los clientes que participan, acentuando fuertemente la espontaneidad e improvisación. El psicodrama es similar a una de las técnicas asertivas de Wolpe, el ensayo de la conducta. Un segundo autor cuyas contribuciones se relacionan al menos indirectamente con las prácticas comunes del entrenamiento asertivo es Kelly, cuyo enfoque constituye una interesante mezcla de las psicologías cognoscitiva y conductista. Dicha estrategia implica deducir un drama corto sobre la personalidad de un individuo ficticio que está libre de las ansiedades e insuficiencias que aquejan al cliente instruyéndosele para que asuma su papel. Otras técnicas similares de rol fijo pues también requieren el ensayo de conducta utilizada en el entrenamiento asertivo, aunque éste no tiende específicamente a modificar cogniciones. Las historias de caso sugieren que los individuos realmente experimentan un cambio de actitud como consecuencia del tratamiento, sobre todo la autopercepción (Rimm y Masters, 1987).

El entrenamiento asertivo instruye en primer término a las personas en lo que se refiere a sus derechos personales, empleando posteriormente un programa basado en diversos principios de modificación de conducta. Algunos componentes básicos del entrenamiento asertivo son: la aproximación sucesiva o modelamiento, el ensayo de la conducta, la retroalimentación y la asignación de tareas.

Por definición, la conducta asertiva facilita tanto la terminación de un estímulo aversivo, como el comienzo de uno positivo. Una vez establecida una respuesta

asertiva, puede esperarse un incremento en la frecuencia de su aparición, ya sea por la relevancia del reforzamiento positivo o negativo (Stumphauzer, 2004).

La conducta asertiva es la expresión apropiada, hacia otra persona de una emoción diferente a la ansiedad. El entrenamiento en asertividad se usa principalmente para descondicionar hábitos desadaptativos de respuesta de ansiedad hacia la conducta de otras personas, explotando la expresión apropiada de otras emociones que dichas personas evocan. Estas emociones pueden ser de diferente tipo, cualquier persona, dependiendo de las circunstancias, puede generar admiración, irritación o ira, y estas emociones se ven acompañadas por respuestas corporales diferentes a las de ansiedad. Cuando estas emociones instigan conductas motoras, su intensidad aumenta, posibilitando la inhibición de la ansiedad simultánea (Wolpe, 1993).

Las intervenciones del terapeuta buscan fomentar respuestas inhibitorias de la ansiedad, como sería la expresión de ira, esperando que cada ocasión que esta ocurra, la respuesta de ansiedad sea cada vez más débil, mientras que la conducta motora con la que se expresa la ira se manifestará adecuadamente para el control de una situación, la reducción de la ansiedad y posteriormente, la aprobación del terapeuta. Así, el contracondicionamiento de la ansiedad y el condicionamiento operante de acto motor ocurren simultáneamente, facilitándose el uno al otro. El condicionamiento operante de conductas asertivas sólo se emplea en aquellas personas cuyo problema no se debe a la ansiedad, sino a que simplemente no han adquirido los hábitos motores apropiados para determinadas situaciones sociales (Wolpe, 1993).

Fontaine (1981), menciona que el entrenamiento asertivo se desarrolla en las siguientes etapas:

- Análisis funcional muy detallado de todas las situaciones sociales en las cuales el individuo experimenta dificultades. Estas situaciones se organizaran

de modo jerárquico partiendo de las menos ansiógenas hasta las más angustiantes.

- En cada circunstancia, el terapeuta junto con el paciente tiene que imaginar el mayor número de posibilidades de interacciones sociales, así como el máximo de respuestas tanto verbales como no verbales que el paciente podría dar a los estímulos
- Cuando el aprendizaje imaginativo ha llegado a un determinado nivel, el terapeuta propone al paciente pasar a la acción, en la vida real, partiendo siempre de las situaciones más sencillas. Los resultados obtenidos serán comentados y discutidos en la siguiente sesión con el fin de preparar la etapa siguiente. El terapeuta reforzará socialmente los resultados positivos obtenidos y trivializará los fracasos objetivos o subjetivos descritos por el paciente.
- En cualquier nivel de habilidad alcanzado por el paciente existen situaciones en las que no se haya logrado la competencia deseada. En este caso el terapeuta deberá introducir un correctivo “cognitivo”. Estos pacientes presentan cierta distorsión cognitiva relativa a la apreciación que tienen de sí mismos, de manera que el terapeuta tendrá que orientarlos a aceptar sus fracasos objetivamente por medio del aprendizaje de la aserción social.

Los problemas de diagnóstico relacionados con una carencia de asertividad se facilitan empleando instrumentos de evaluación estructurada, aunque la definición precisa de áreas de dificultad requiere de entrevistas cuidadosas. El entrenamiento asertivo por lo general procede cuando el cliente es capaz de expresar sus sentimientos personalmente satisfactoria y socialmente efectiva. Las indicaciones para el entrenamiento asertivo incluyen signos evidentes de ansiedad interpersonal o la evitación habitual de interacciones sociales importantes, así como signos no manifiestos u obvios de que el cliente está experimentando emociones intensas pero no expresadas, especialmente ira, resentimiento o celos (Rimm y Masters, 1987).

### 3.3.3 Entrenamiento en solución de problemas

El entrenamiento en solución de problemas tuvo auge en distintos ámbitos, como son, la psicología cognitiva experimental, organizacional y educativo. En los años 50's y 60's tuvieron su origen los modelos de competencia que sostenían que la conducta disfuncional surgía de la incapacidad para solucionar problemas, antes que de algún conflicto intrapsíquico (Bravo y Valdez, 2011).

La técnica cognitivo-conductual de entrenamiento en solución de problemas resulta de gran importancia, ya que orienta a las personas al aprendizaje de formas adaptativas de interpretar y solucionar los problemas suscitados en su vida cotidiana. Para comprender el objetivo de emplear dicha estrategia cognitivo- conductual, se debe definir tanto “problema”, “solución” y “solución de problemas” con el fin de clarificar el tipo de acciones a realizar para alcanzar dicho fin.

D’Zurilla y Goldfried (1971, en Bravo y Valdez), sostienen que el entrenamiento en solución de problemas consta de cinco fases que son:

- 1) Orientación general, que se refiere a la disposición que se tiene para resolver los conflictos.
- 2) Definición y formulación del problema.
- 3) Generación de alternativas.
- 4) Toma de decisiones.
- 5) Verificación, que se refiere a la valoración de lo obtenido en la vida del sujeto con la solución aplicada.

D'Zurilla y Nezu (2001, en Bravo y Valadez, 2011 pág. 92), definen solución de problemas como “el proceso cognitivo-conductual autodirigido por medio del cual una persona intenta identificar o descubrir soluciones efectivas o adaptativas para problemas específicos de su vida cotidiana”.

En la actualidad se identifica al problema como cualquier evento suscitado en la vida cotidiana, ante el cual se requiere una adecuada reacción que permita al individuo funcionar satisfactoriamente ya que al identificar determinadas dificultades se dificulta la emisión de respuestas acertadas e inmediatas.

Se han establecido dos modelos con los que la solución de problemas tiene lugar. El primero de estos se denomina orientación al problema y el segundo se halla como la solución a éste (Bravo y Valadez, 2011).

Resulta necesario dar a conocer las acciones que realiza el terapeuta a la hora de enseñar esta técnica al cliente. Su tarea consiste en adoptar un rol de modelador ante el cliente donde en un primer momento los problemas que se trabajan son sencillos y en la medida que se avanza la dificultad de los conflictos va aumentando. Y esto va de la mano de que cada vez la intervención del terapeuta va disminuyendo hasta que se observa que su participación es meramente ocasional y así poder determinar el grado de adquisición de las habilidades aprendidas por el cliente (Goldfried y Goldfried, 1975, en Phares y Trull 1999).

Entrenar las habilidades de solución de problemas permitirá a las personas identificar distintas opciones de respuesta para afrontar las circunstancias de conflicto, empleando la que resulte más eficaz para hallar su restitución (Bravo y Valadez, 2011)

### **3.3.4 Entrenamiento en inoculación de estrés (EIE)**

El entrenamiento en inoculación del estrés ha resultado una estrategia cognitivo-conductual de gran utilidad, porque facilita a los individuos formas adecuadas de enfrentarse a eventos generadores de estrés y a la vez dicho aprendizaje da lugar a que las respuestas manifestadas sean de carácter adaptativo. Este procedimiento pretende que las personas incrementen la habilidad de manejar cada vez situaciones estresoras de mayor intensidad, incrementando la posibilidad de hallar soluciones a los problemas (Orne, 1995, en Anguiano, 2011).

La técnica de EIE integra una serie de estrategias tanto cognitivas como conductuales, con la finalidad de posibilitar a las personas el afrontamiento y la solución de sus problemas por lo que de desarrollo de estas habilidades resulta fundamental (Anguiano, 2011).

En un primer momento el entrenamiento de inoculación del estrés estuvo enfocado meramente en las fobias, transitando en un segundo momento al campo de la salud, donde se abordaban problemas de estrés postraumático surgido de experiencias de violencia o de situaciones traumáticas, enfermedades, dolor crónico, ansiedad social, entre otros. Siendo el estrés generado el factor común entre estas situaciones. Al reconocer la efectividad del EIE en el ámbito de la salud, se planteó un esquema de tratamiento, empleándolo de la siguiente manera:

- 1- Fase educacional: se introduce el modelo de dolor de Melzack y Wall (1965 en Anguiano, 2011) y se instruye a los pacientes para que aborden el enfrentamiento al dolor en varias etapas.
- 2- Adquisición de habilidades: entrenamiento para los pacientes en respiración o relajación, autoinstrucciones positivas y diversificación atencional.

- 3- Fase de aplicación: se les expone (en vivo y en imaginación) al dolor mientras practican las estrategias aprendidas.

De acuerdo con lo que Meichenbaum (1988 en Anguiano, 2011 pag. 221) la función de EIE era como crear “anticuerpos psicológicos, o habilidades de afrontamiento para reforzar la resistencia mediante la exposición a estímulos que sean lo bastante fuertes para suscitar defensas sin que sean tan poderosas que las venzan”. Los objetivos planteados de dicho entrenamiento son:

- 1- Que los pacientes aprendan la naturaleza transaccional del estrés y el afrontamiento.
- 2- Que los pacientes sean capaces de controlar pensamientos, imágenes, sentimientos y conductas con el fin de lograr interpretaciones adaptativas.
- 3- Que los pacientes adquieran habilidades de solución de problemas, toma de decisiones y evaluación de los resultados.

Una vez que el individuo cuenta con la habilidad para el manejo del estrés será capaz de enfrentar aquellas situaciones que le generaban ansiedad y la incapacidad de actuación de manera controlada y satisfactoria.

### **3.3.5 Reestructuración cognitiva**

El empleo de las técnicas cognitivo-conductuales antes mencionadas tienen como fin último la reestructuración cognitiva del cliente. Esto es, que el paciente logre identificar los pensamientos que le resultan problemáticos hallando la certeza de sus creencias empíricamente y no que sean las meras suposiciones las que determinen la existencia de la problemática (Caro, 2007).

La reestructuración cognitiva fue desarrollada con bases psicodinámicas que priorizan el valor del significado que las personas otorgan a las situaciones antes que a los pensamientos. De manera que el objetivo de la reestructuración se halla en el empleo de estrategias que validen la racionalidad de las creencias

Está enfocada a conocer los significados y creencias que las personas han otorgado a los pensamientos y emociones que desencadenaron determinadas situaciones y que los han orillado a adoptar conductas desadaptativas. Con este procedimiento se pretende orientar al cliente a que identifique la disfuncionalidad de sus pensamientos, creencias y comportamientos y que los cambien por otros que les permitan interpretar de manera diferente sus vivencias. También se espera que las personas busquen alternativas que invaliden las ideas negativas que mantienen, por tal, se identificará la reestructuración cognitiva del paciente, en la modificación de pensamientos disfuncionales, así como también de las creencias que intervienen en la manifestación de determinadas conductas (Hollon y Beck, 1994, en Caro, 2007).

### **3.4 La terapia cognitivo-conductual y la salud**

La situación de enfermedad trae consigo una serie de implicaciones psicológicas, siendo una área de investigación sobre la cual cada vez se desarrollan más estudios. Por otro lado, no se debe olvidar que el estar enfermo provoca experiencias emocionales desagradables que traen consigo emociones negativas como; ansiedad, ira, tristeza y depresión (Martínez, Vega, Nava y Serrano, 2010).

Dentro de ellas la que más se ha estudiado en relación con la enfermedad es sin duda la ansiedad; sobre todo en relación con las enfermedades cardiovasculares, asma bronquial, daño cerebral traumático, enfermedades crónicas, dolor, trastornos gastrointestinales y dermatológicos (Martínez et al., 2010).

En un hospital general es común la presencia no sólo de trastornos de ansiedad, sino de otros trastornos acompañados de síntomas ansiosos (como la depresión) o

simplemente de síntomas de ansiedad que no reúnen los criterios para clasificarse como un trastorno *per se*, para que puedan estar afectando la manera de afrontar la enfermedad (Sánchez, Velasco, Rodríguez y Baranda, 2006).

Como se puede observar, es evidente la necesidad de realizar intervenciones en estos pacientes para disminuir los síntomas relacionados con la ansiedad. Los tratamientos encaminados a este objetivo suelen ser, además del tratamiento farmacológico, básicamente psicológicos. Consisten principalmente en entrenar a los pacientes mediante técnicas cognitivo-conductuales que instruyen al individuo a disminuir la activación fisiológica, la reducción del malestar psicológico y a facilitar la expresión emocional, con el objetivo de mejorar su salud. Una de las estrategias más utilizadas es el entrenamiento en técnicas de relajación así como la enseñanza de estrategias psicoeducativas, cognitivas y conductuales (Sánchez, et al., 2006).

En el modelo cognitivo conductual se considera que cada paciente es un procesador activo de los impulsos externos que modulan su estado interno, variables psicológicas como anticipación, evitación, contingencias de refuerzo y factores del estado de ánimo tienen un interés especial. Claramente, el modelo cognitivo-conductual no son sólo las respuestas de los pacientes a los eventos reales sino también las respuestas aprendidas para predecir y tener reacciones adecuadas con eventos reales o anticipados. El marco cognitivo-conductual supone que la forma en la que los pacientes perciben su situación y qué esperan de sus trastornos son factores contribuyentes significativos para su estado de salud y discapacidad (Okifuji y Ackerlind, 2007).

Dentro de las técnicas más utilizadas se encuentran los métodos de relajación, biofeed-back, estrategias de afrontamiento al estrés, la capacitación en habilidades sociales, las diferentes tácticas de autocontrol, el entrenamiento en auto instrucción, la terapia cognitiva y la solución de problemas. Las técnicas más relevantes son la del condicionamiento encubierto, la Terapia Racional Emotiva, el Entrenamiento en Autoinstrucción, la Terapia Cognitiva, la Solución de problemas, la Terapia de la

atribución, el entrenamiento de habilidades de superación, la detención del pensamiento, la inoculación del estrés, el reestructuramiento cognitivo, etc. (Mahoney y Freeman, 1998).

Sin duda, el tratamiento más utilizado para el control de la ansiedad generada por una enfermedad médica, ha sido el entrenamiento en técnicas de relajación y de respiración. Más recientemente se han incorporado (como alternativa o complemento) otros procedimientos terapéuticos como la exposición, reestructuración cognitiva y las autoinstrucciones (Tobal, Videl, Casado y Escalona, 1994).

Dichas técnicas conductuales representan una alternativa importante en el ámbito de la salud y los problemas relacionados con ésta, los resultados de las intervenciones conductuales muestran que es posible alterar los síntomas asociados con disfunciones orgánicas sin intervenciones médicas.

Ejemplo de ello es el uso de las técnicas de retroalimentación en el tratamiento de incontinencia fecal severa, así como el uso de esta técnica y la de relajación para reducir la presión sanguínea y niveles de colesterol sin medicamentos en pacientes con hipertensión entre otras (Campillo y Avilés, s/f).

Varios estudios han aportado datos que apoyan la utilidad de la terapia cognitivo-conductual en el ámbito de la salud. Por ejemplo Kendall y Norton-Ford (1988) exponen una intervención cognitivo-conductual, modelada según los procedimientos de inoculación de ansiedad, esta fue aplicada a la ansiedad y la tensión asociadas con los procedimientos médicos invasivos. En el estudio de Kendall, a los varones adultos programados para ser sometidos a un procedimiento médico invasivo (cateterización cardíaca) se les proporcionó ya fuera un tratamiento cognoscitivo-conductual, una intervención de educación del paciente, un control por atención y placebo, o las condiciones estándar de hospitalización. El tratamiento cognoscitivo-conductual consistió en identificar la tensión, ayudar al paciente a identificar los síntomas relacionados con la tensión, explicar el empleo de autoinformaciones

positivas como estrategia cognoscitiva para hacerle frente, y modelar y ensayar esa estrategia. A los sujetos que recibieron educación del paciente se les habló acerca del corazón, de las enfermedades cardíacas y de los procedimientos que se seguirán en la próxima cateterización.

Posteriormente se recurrió a los niveles de ansiedad subjetiva, indicados por los pacientes, y a los niveles de adaptación, proporcionados por los cardiólogos y las enfermeras, para evaluar las intervenciones. Los resultados indicaron que la intervención cognoscitivo-conductual fue la más eficaz en cuanto a reducir la ansiedad y proporcionar la adaptación durante el procedimiento de caracterización (Kendall y Norton-Ford 1988).

Por otro lado Riveros, Cortazar-Palapa, Alcázar y Sánchez (2005), con el fin de estudiar los efectos de una intervención cognitiva-conductual sobre aspectos de la atención de padecimientos crónicos, realizaron un estudio cuasiexperimental con 51 pacientes con hipertensión, diabetes o ambas. La intervención fue de tipo individual sobre variables psicológicas que interfieren con el bienestar y la adherencia terapéutica de los pacientes. Se realizaron mediciones pre y post, tratamiento sobre la calidad de vida, estilo de afrontamiento, depresión, ansiedad, glucosa en sangre, presión arterial y dosis de hipotensor. Se observaron mejoras clínicas y estadísticamente significativas en la gran mayoría de las variables para la mayoría de los pacientes. Los principales beneficios se observaron en glucosa, actividad física, reducción de conductas de riesgo, calidad de vida, depresión y ansiedad. También mejoraron significativamente los estilos de afrontamiento conductual activo, cognitivo activo, análisis lógico y solución de problemas.

Una de sus ventajas más importantes es que la terapia Cognitivo-Conductual es más económica que las terapias tradicionales, y puede ser utilizada por la familia, maestros, el personal de enfermería y de odontología, al fijarse metas en un corto periodo de tiempo lo que implica un menor costo para el médico y el paciente. La terapia va encaminando a la eliminación de hábitos inadecuados o el ayudar al

paciente adaptarse a su enfermedad o discapacidad. Se aplica en diversas problemáticas entre las que se encuentran las pérdidas debidas a enfermedades físicas, lesiones o disturbios emocionales y al manejo de la ansiedad o déficits conductuales. Derivadas de éstas, en el manejo de pacientes para adherirse a los tratamientos, técnicas de reducción del dolor y las molestias asociados con la enfermedad o incapacidad, así mismo los pacientes con anorexia nerviosa, asma, migraña, etc., se han beneficiado de las intervenciones cognitivo-conductuales (López, 2000).

Sánchez (et al., 2005) mencionan que los programas de intervención en pacientes con enfermedad médica se remontan a los años setenta. Los pacientes más beneficiados con estos procedimientos eran los enfermos de cáncer, de VIH y SIDA. Estos programas incluían desde rehabilitación funcional, restauración física y cosmética, empleo y rehabilitación vocacional, así como rehabilitación socio-psicológica, centrada funcionalmente en el apoyo y la ayuda a la expresión y aceptación de sentimientos.

En general, la terapia cognitivo-conductual busca modificar las cogniciones y conductas que complican los problemas de salud a través de técnicas basadas en la investigación científica (Garduño, Riveros, Sánchez, 2010).

En este capítulo se ha abordado la importancia que representa la terapia cognitivo conductual en el ámbito de la salud y los problemas relacionados con esta, así mismo la terapia cognitivo conductual va encaminada a la eliminación de hábitos inadecuados o el ayudar al paciente a adaptarse a su enfermedad o discapacidad.

## **4. PATRÓN CONDUCTUAL TIPO “A”: PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA EL CUIDADO DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD.**

Las alteraciones cardiovasculares son la primera causa de morbi-mortalidad en el mundo occidental, especialmente en infarto de miocardio, que junto a otras enfermedades cardiovasculares suponen el 50% de los fallecimientos. Esto comparado con otras causas de muerte (por ejemplo, accidentes un 7% y cáncer un 18%), nos da la verdadera magnitud del problema (Borda et al., 2000).

A este respecto, la tasa de mortalidad en México por enfermedad cardiovascular es de las más altas con 16.4% y en lo tocante al perfil de morbilidad, se muestra una prevalencia de hipertensión hasta de 30% en población mexicana, ubicándose así en el primer lugar como principal motivo de consulta externa en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Además se calcula una inversión anual por esta enfermedad hasta de 51% del presupuesto total destinado a la salud y 2.62% del PIB en su escenario extremo a nivel nacional (Juárez, 2007).

La enfermedad coronaria es el término dado a las enfermedades cardiovasculares, el trastorno coronario se alude a un desorden fisiológico causado básicamente por un insuficiente aporte sanguíneo al corazón por parte de las arterias que lo nutren (Fernández y Vila, 1991 en Gala, Lupiani y Gómez, 2001 ); en este marco, el término cardiopatía isquémica hace referencia a diversos trastornos caracterizados por un desequilibrio entre la demanda de oxígeno del miocardio y el suministro del mismo: cuando se produce una necrosis en éste, por falta de aporte de oxígeno, merced a un trastorno coronario, hablamos de infarto miocardio, siendo otras manifestaciones de la cardiopatía isquémica la angina de pecho y la muerte súbita (Beneit, 1995, en Gala et al., 2001).

La enfermedad cardiovascular se ha convertido en una epidemia no transmisible que genera un alto costo directo e indirecto. El origen de esta enfermedad es multifactorial y fue un gran avance para su prevención la identificación mensurable de los denominados Factores de Riesgo Cardiovascular.

Para las personas que afortunadamente han sobrevivido a un ataque cardíaco, el impacto negativo es severo para el individuo, para la familia y para la sociedad en general. Económicamente, están los costos directos de la unidad de cuidados coronarios y posiblemente cirugías posteriores, mientras que indirectamente los costos incluyen la incapacidad de trabajar por al menos algunos meses, y para algunos la incapacidad total o parcial de volver a trabajar. Los determinantes psicológicos son los trastornos emocionales y el pesimismo, éstos hacen que las personas prevean influencias negativas de su enfermedad sobre su trabajo y que tengan una peor readaptación al mismo. Por el contrario, las personas con patrón de conducta Tipo A vuelven antes a su actividad laboral previa, no obstante, la reincorporación inmediata puede ser perjudicial para la salud (Tron, 1999; Borda et al., 2000).

También existe la probabilidad de un deterioro en la calidad de vida, como reducción de la actividad sexual y deterioro de las relaciones familiares. Así mismo miedo a padecer un nuevo infarto o a morir por causas cardíacas, la preocupación por la salud, la incontrolabilidad de la propia vida, la incertidumbre acerca del futuro, la culpabilidad por la conducta anterior a la ocurrencia del infarto, etc. (Borda et al., 2000).

Los factores responsables de la aparición y desarrollo de los trastornos cardiovasculares son múltiples, es decir son condicionantes endógenos o ligados al estilo de vida que aumentan la probabilidad de padecer una enfermedad coronaria. Borda, et al., (2000) enlista los más importantes (ver Tabla 3):

Tabla 3 Factores de riesgo asociados a los trastornos cardiovasculares.

Factores de riesgo	Influencia de los factores de riesgo en los trastornos cardiovasculares.
<b>Factores de riesgo no modificables:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Sexo</li>   <li>• Diabetes</li>   <li>• Antecedentes familiares</li> </ul>	<p>*A más edad, más riesgo, siendo especialmente más crítico a partir de los 40 años y el máximo riesgo en los sesentas.</p> <p>*Los hombres tienen mayor riesgo que las mujeres en cualquier etapa de la vida, aunque las diferencias se reducen cuando las mujeres llegan a la edad de la menopausia.</p> <p>*El padecimiento de diabetes aumenta el riesgo, ya que esta enfermedad se asocia aun aumento de la prevalencia de aterosclerosis cardiovascular.</p> <p>*Las personas con antecedentes familiares de patología cardiovascular tienen más riesgo de padecer trastornos coronarios que las personas sin antecedentes familiares.</p>
<b>Factores de riesgo modificables:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colesterol</li>   <li>• Hipertensión</li>   <li>• Consumo de tabaco</li> <li>• Obesidad</li>   <li>• Inactividad física</li>   <li>• Consumo de alcohol</li> <li>• Consumo de Cafeína</li> <li>• Patrón de conducta tipo A</li>   <li>• Estrés</li>   <li>• Apoyo social</li> </ul>	<p>*Los niveles elevados de colesterol en sangre, particularmente los asociados con baja densidad de lipoproteínas y de triglicéridos, aumentan el riesgo de desarrollar una cardiopatía isquémica.</p> <p>*A mayor niveles de presión arterial, mayor riesgo.</p> <p>*A mayor consumo de cigarrillos, mayor riesgo.</p> <p>*A mayor obesidad, mayor riesgo, especialmente si la persona acumula el exceso de peso en el área abdominal o si aumenta de peso durante la edad adulta.</p> <p>*A mayor inactividad física, mayor riesgo.</p> <p>*A mayor consumo de alcohol, mayor riesgo.</p> <p>*A mayor consumo de cafeína, mayor riesgo.</p> <p>*A más características de tipo A, más riesgo.</p> <p>*A mayor cantidad de sucesos vitales estresantes, mayor riesgo</p> <p>*A menor apoyo social, mayor vulnerabilidad a sufrir eventos coronario.</p>

Además de todos estos factores de riesgo, el caso de los pacientes post-infartados hemos de añadir la propia reacción de la persona tras el ataque cardíaco, ya que la falta o el exceso de cambios respecto al estilo de vida previo al ataque cardíaco, puede resultar un importante factor de riesgo de reinfarto (Buceta y Bueno, 1996, 1997, en Borda et al., 2000).

Los factores de riesgo antes mencionados interactúan sinérgicamente para multiplicar la probabilidad de un ataque cardíaco; de acuerdo a los datos del estudio epidemiológico Framingham, la presencia de dos factores de riesgo incrementa cuatro veces la probabilidad de desarrollar la enfermedad, y una persona con tres factores de riesgo, tales como fumar, alta presión sanguínea y nivel elevado de colesterol o patrón de conducta Tipo A, tiene ocho veces más probabilidades de desarrollar enfermedades cardiovasculares en comparación con una persona que no tenga ningún factor de riesgo (Roskies, 1987, en Tron, 1998).

De cara a disminuir las probabilidades de sufrir un trastorno y potencialmente la muerte, es necesario que el paciente abandone el consumo de tabaco, adquiera el hábito de realizar ejercicio físico regular y moderado y que modifique ciertos hábitos conductuales y dietéticos. Todas estas medidas son muy recomendables para el mantenimiento de la salud de todas las personas, pero de una importancia vital para aquéllas que ya han padecido un trastorno cardiovascular (Evans, 1995).

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

mantenimiento de las enfermedades cardiovasculares (Palmero, Díez, Diago, Moreno y Oblitas, 2007).

De todos los factores de riesgo, uno de los más estudiados y que mayor número de publicaciones científicas ha generado en los últimos años por su estrecha relación con los trastornos cardiovasculares, ha sido el patrón de conducta Tipo A.

La investigación en este ámbito se ha centrado en la evaluación de la eficacia de programas multicomponentes dirigidos a modificar, preventivamente o en un marco rehabilitador, este perfil de personalidad. En general, la intervención supone la alteración de los elicitadores ambientales del patrón de conducta, así como la modificación de los mecanismos autorregulación que lo caracterizan.

Desde un esquema cognitivo-conductual se han empleado técnicas de autocontrol y autoinstrucciones con el fin de modificar tanto la atención selectiva como los errores atribucionales que contribuyen a la desregulación del patrón de conducta Tipo A. En la misma línea mediante, la relajación y biofeedback, se ha tratado de aumentar la conciencia del paciente sobre los síntomas de tensión, fatiga e incomodidad, tratando de convertir estos en señales para reducir el nivel de activación. Este tipo de intervención se complementa con contratos conductuales en los que se especifican metas a conseguir y los refuerzos asociados a la introducción de cambios en la forma de pensar o actuar (Fernández, Martín y Domínguez, 2003).

La mayoría de los programas que tradicionalmente se han llevado a cabo en este campo han consistido fundamentalmente en intervenciones de grupo en las que se facilita al paciente información sobre su enfermedad, sus factores de riesgo y sus consecuencias, al tiempo que se le ofrece la oportunidad de expresar sus preocupaciones y temores acerca del hecho de haber padecido un ataca cardiaco (Buceta y Bueno, 2000).

Por su parte, Del Pino (1998) menciona que la estructura grupal en el desarrollo del programa de intervención para personas Tipo A, es esencial ya que facilita el apoyo emocional y amistad a unos participantes que se caracterizan por su individualismo y escasa atención a los demás y también, porque enriquece las alternativas posibles a los problemas que se presenten.

A este respecto, un análisis de los estudios que presentan un control adecuado, muestran que los pacientes Tipo A que siguen tratamientos psicológicos se reduce en ellos un 50% menos de episodios coronarios durante los tres años siguientes a la intervención, además, este tipo de trabajos evidencia que la eficacia del tratamiento psicológico no se debe a la alteración de otros factores de riesgo (tabaco, hipertensión, colesterol, etc.) sino a la modificación directa del patrón de conducta Tipo A (Fernández et al. 2003).

El *“Recurrent Coronary Prevention Project”* ha demostrado que intervenciones centradas en la modificación de conducta resultan eficaces en la reducción tanto de la morbilidad como de la mortalidad cardiaca. En este amplio ensayo participaron 865 hombres y mujeres, víctimas de infarto miocardio. Fueron asignados aleatoriamente a un grupo control, que recibía asesoramiento cardiaco (formación sobre regímenes, dieta y ejercicio) o bien a un grupo experimental en el que además se incluía un módulo de modificación del patrón de conducta Tipo A (instrucción en métodos de relajación, modificación de síntomas de estrés y en el cambio de las cogniciones asociadas al mismo). En ambos casos la intervención se llevó a cabo en grupo. La tasa de recurrencia de episodios cardiacos a los 4-5 años fue significativamente menor para los pacientes experimentales que para los del grupo control (Fernández et al. 2003).

Del Pino, Gaos, Dorta y García (2004) presentan la efectividad de un tratamiento cognitivo-conductual aplicado en grupo, en el cual participaron 98 varones afectados por enfermedad coronaria. Fueron asignados al azar a un tratamiento psicológico, a un programa de educación para la salud o sólo el tratamiento médico estándar para

pacientes coronarios. Después del año de tratamiento, sólo en el grupo con tratamiento psicológico se dieron diferencias estadísticamente significativas en Patrón de Conducta Tipo A (PCTA) medido por la Entrevista Estructurada (EE), y en ansiedad rasgo. Tras dos años de seguimiento, el grupo con tratamiento psicológico mostró una reducción estadísticamente significativa en PCTA, especialmente "*Rapidez-Impaciencia*", y en depresión. Los resultados PCTA se valoran como un primer paso fiable en el proceso de validar este tratamiento que, además, ha conseguido reducir de forma significativa la ansiedad y depresión.

Así mismo, del trabajo de Nunes (1987, en Fernández et al. 2003) se concluye que la intervención más eficaz es la de carácter multifactorial concretamente aquella que incluyen entre sus componentes:

- a. Un protocolo formativo o educacional sobre patología coronaria y sus factores de riesgo, incluido el PCTA
- b. Entrenamiento en estrategias de afrontamiento (relajación o reestructuración cognitiva).
- c. La aplicación de métodos conductuales (ensayo en imaginación role playing) dirigidos a desarrollar formas de afrontamiento alternativas a las manifestadas por el patrón de conducta Tipo A.

Por su parte Reyes (2005, en Robles, 2009) recomienda que la intervención puede ser de manera individual o grupal para el paciente y sus familiares dependiendo de las necesidades requeridas por los pacientes y hace hincapié en que la terapia racional-emotiva en particular la cognitiva- conductual en general, proporciona resultados positivos.

Tomando en cuenta lo citado anteriormente es como se desglosa el objetivo del presente trabajo:

Proponer un programa de intervención para la promoción del cuidado de la salud y prevención de la enfermedad, implementando técnicas cognitivo conductuales que faciliten la modificación de conductas y creencias que participan en el desarrollo del patrón de conducta Tipo A.

En cuanto a los objetivos específicos, se espera que al final de la intervención psicológica los pacientes puedan:

- 4- Reconocer la importante necesidad de realizar cambios en su estilo de vida, asumiendo que eso contribuirá al bienestar de su salud.
- 5- Modificar sus pensamientos dañinos o irracionales por otros más racionales para tener el control de emociones negativas (ira y ansiedad) y generar una sensación de bienestar
- 6- Obtener habilidades para mantener el equilibrio en su vida personal, profesional y social.

#### 4.1 Metodología

##### Participantes

Se propone que se integren al programa personas entre 25 y 65 años de edad. En la Tabla 4 se presentan los criterios de inclusión, exclusión y eliminación que se consideran.

Tabla 4. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	DE	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	DE	CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	DE
*Que los participantes hayan sido diagnosticados con alto riesgo de padecimiento de alguna enfermedad cardiovascular, o que ya		*Presentar alguna enfermedad psiquiátrica. *Presentar deterioro en proceso cognitivo (memoria, atención, etc.)		*Se eliminará a todos aquellos que no asistan a La sesión de aplicación del instrumento CTAN 2. *Fallecimiento repentino	

<p>la presente.</p> <p>*Que tengan un puesto de alto rango en su trabajo (que cuente con subordinados).</p> <p>*No haber recibido la recomendación de someterse de forma inmediata a una intervención quirúrgica.</p> <p>*Que posean características del patrón conductual Tipo A.</p> <p>*Que sepan leer y escribir de forma autónoma.</p>	<p>*Que los participantes no estén de acuerdo en colaborar.</p>	<p>*Que tengan dos faltas consecutivas al programa de intervención.</p>
---	---	---

Instrumentos:

Cuestionario conducta tipo A de Reynoso (1991, en Reynoso y Seligson, 2005), el cual consta de 20 preguntas, 19 de las cuales tienen cuatro opciones de respuesta y solamente una de ellas tiene 2. El cuestionario está basado en la formulación de conceptual de patrón conductual A tal y como fue ofrecido por Friedman y Rosenman en 1974. Este cuestionario tiene un rango de puntuación de 20 a 78. Se clasifica a los sujetos como tipo A si obtienen una puntuación mayor a 58, como no A con una calificación menor a 40, y como intermedios si obtienen una puntuación entre 40 y 58.

Procedimiento General:

Identificar e invitar a los pacientes a participar en el programa. Posteriormente se aplicará el instrumento de evaluación de Reynoso (1991), con la finalidad de determinar si las personas poseen características del patrón conductual tipo A.

Las características generales de la propuesta de intervención son:

- Las sesiones durarán de 80 a 120 minutos aproximadamente y serán semanalmente.
- El programa está compuesto por 16 sesiones, las cuales están repartidas en 3 módulos: salud, personal y laboral.
- El contenido de los módulos incluye un conjunto de técnicas de psicoeducación y cognitivo- conductuales que permiten brindar nuevas habilidades o estrategias de afrontamiento a los pacientes para mantener una mejor calidad de vida.
- Se propone la realización de algunas dinámicas y ejercicios que se consideran de acuerdo a la literatura revisada y se les encomendarán a los pacientes para que las realicen y pongan en práctica.
- El programa se puede llevar a cabo por un solo terapeuta o dos, para ir guiando al paciente a desarrollar e implementar los objetivos de cada una de las sesiones.
- Se considera necesario que los terapeutas tengan conocimientos acerca de la psicología clínica y de las técnicas que aborda el enfoque cognitivo-conductual.
- En el anexo 1 se presenta el programa de intervención completo.

## CONCLUSIONES

La relevancia de abordar en el presente trabajo el Patrón conductual tipo A se deriva de los cambios en el estilo de vida, donde el estrés se encuentra implicado en la mayoría de las actividades por la exigencia de logros, competitividad y productividad. La dominancia de esta ideología ha provocado la adopción de conductas de riesgo para la salud, y en consecuencia, afecta el desarrollo adecuado de las personas en el ámbito social y laboral.

Con una mirada objetiva se puede identificar como resultado de las afecciones mencionadas anteriormente, la calidad de vida de las personas tipo A resulta afectada en todos los ámbitos de desarrollo, ya que las conductas características de este patrón son la hostilidad, agresividad, ira, impaciencia, entre otras, también las descargan en su vida personal, es decir con la familia. De manera que el grado de tensión y ansiedad que presenta la persona incrementa considerablemente el riesgo de padecer enfermedades crónico- degenerativas. Estas problemáticas de salud incapacitan a las personas para continuar su vida normal y al hallarse limitados en las actividades a las que estaban acostumbrados se deprimen y con este trastorno incrementa el riesgo para la salud.

La depresión incrementa el daño a la salud debido que la mayoría de las veces las personas se hallan desmotivadas para realizar actividades físicas y su alimentación es o limitada o muy abundante y la calidad de los productos consumidos carece de nutrientes, por lo que se considera de gran importancia dar a conocer el PCTA, sus implicaciones y las estrategias de afrontamiento y solución de problemas que resulten útiles para el control y manejo adecuado del estrés ante la vida bajo presión, por medio de la adquisición de hábitos sanos para mantener la salud en buenas condiciones.

Al implementar un programa de intervención como en el que en el presente trabajo se propone, se promueve la adopción de nuevas estrategias para enfrentar adaptativamente situaciones que escapan del control de uno mismo, pues se reeduca a las personas para que tengan en cuenta la posibilidad de delegar actividades para evitar sobrecargarse de labores y que el nivel de estrés que manejen sea moderado para que su desempeño en el trabajo y en general en su vida sea adecuado, además de disminuir las posibilidades de presentar síntomas de enfermedades cardiovasculares y en el peor de los casos de muerte.

En el presente programa de intervención se muestra una combinación de un componente educativo (sobre la enfermedad coronaria EC y el patrón conductual tipo A PCTA), y algunas de las técnicas más importantes derivadas de la terapia cognitivo conductual (reestructuración cognitiva, asertividad, solución de problemas, relajación) que se han empleado para intentar modificar el patrón de conducta tipo A, con el fin de modificar tanto la atención selectiva como los errores atribucionales que contribuyen a la desregulación del patrón de conducta Tipo A, ya que de acuerdo al material revisado la investigación en este ámbito se ha centrado en la evaluación de la eficacia de programas multicomponentes dirigidos a modificar, preventivamente o en un marco rehabilitador, este perfil de personalidad.

Aunque las técnicas de psicoeducación y cognitivo conductuales expuestas anteriormente han mostrado algunos efectos satisfactorios, no se obtienen unos resultados totalmente efectivos cuando se aplican de forma aislada, ello se debe a que no incluyen mucho de los componentes del patrón de conducta tipo A (Borda et al., 2000).

Asimismo creemos que una óptima modificación del patrón de conducta tipo A, y así de la enfermedad cardiovascular, requiere la integración y combinación de distintas modalidades de un tratamiento en un programa complejo de intervención, sólo de esta forma será posible englobar el conjunto de factores conductuales (fisiológicos, cognitivos y motores) y ambientales que forman parte del patrón de conducta tipo A.

Por otra parte convendría desarrollar programas de prevención de aplicación temprana, ya que las conductas y estilos de vida problemáticos en relación con la enfermedad cardiovascular, a menudo se inician en la primera infancia.

Se espera que las pautas para el tratamiento descritas en el presente trabajo proporcionen un conjunto flexible de estrategias y procedimientos con los que ayudaran a los pacientes, estrategias que pueden funcionar solas o integrarse con otras intervenciones médicas o psicoterapéuticas.

## BIBLIOGRAFÍA.

- Amigo, I., Fernández, R. y Pérez, M. (1998). *Manual de Psicología de la salud*. Madrid: Pirámide.
- Anguiano, S. (2011). Inoculación del estrés. En P. Vallares y A. Rentería (coordinadoras). *Psicoterapia cognitivo-conductual. Técnicas y procedimientos*. Cap.6, pp.211-237. México: UNAM-FESI.
- Arrivillaga M., Salazar, I. C. y Correa, D. (2003). Creencias sobre la salud y relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. *Colombia Médica*, 34 (4), 186-195. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=28334403>.
- Balbuena, F. (2005). *Psicoterapias cognitivo-conductual*. Desarrollo histórico y estado actual. México: Ediciones del Lunar.
- Bautista, R., Rodríguez, N. Y. y Aragón, L. E. (2004). Evaluación de la conducta tipo A, en Aragón, L.E. y Silva, A. (coordinadores), *Evaluación Psicológica en el área clínica*. Cap. 2, (25-47).
- Becoña, E. y Vázquez, F.L. (2006). Psicología de la salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas. En L. A. Oblitas (coordinador). *Psicología de la salud*. Cap.1, pp15-30. México: Plaza Valdez.
- Becerra, J.A. (2008). Factores psicológicos y enfermedad cardiovascular, una aproximación al síndrome ira, hostilidad y agresividad. Recuperado de [www.psicologia-online.com/articulos/](http://www.psicologia-online.com/articulos/).
- Beck, A. (1983). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao: Descleé de Brouwer.

- Besteiro, E.M. y Barreto, M.P. (2003). La formación de los profesionales de la salud: la contribución del psicólogo hospitalario. E. Remor y P. Arranz (Eds) *.El psicólogo en el ámbito hospitalario*. Cap.5, pp 121-133. España: Desclée de Brouwer.
- Beriso, A., Plans, B., Sánchez, D.I. y Sánchez, M. (2003). Aprendiendo a conocer nuestros pensamientos. *Estrategias cognitivas para sentirse bien. Cuadernos de terapia cognitivo-conductual. (Una orientación pedagógica e integradora)*. Madrid: Eos.
- Borda, M., Pérez, M.A. y Blanco A., (2000). *Manual de técnicas de modificación de conducta en medicina comportamental*. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Bravo, M. C. y Valadez A. (2011). Solución de Problemas. En P. Vallares y A. Rentería (coordinadoras). *Psicoterapia cognitivo- conductual. Técnicas y procedimientos*. Cap.3, pp.88-132. México: UNAM-FESI.
- Buceta, J. y Bueno, A. (2000). *Intervención psicológica en trastornos de la salud*. Madrid: Dykinson.
- Buela, G., y Carrobbles, J.A. (1996). Concepto de psicología clínica, medicina conductual y psicología de la salud. En V. Caballo. y G. Buela (coordinadores). *Manual de evaluación en psicología clínica*. Cap. 1, p p.2-11. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Caballo, V.E. (2005). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. México: Siglo Veintiuno.

- Calvete, E. y Martínez, N. (1991). Patrón de conducta tipo A y antecedentes familiares de hipertensión: un estudio psicofisiológico. *Estudios de psicología*, 46 (1), 25-34. Recuperado de [http://biblioteca.universia.net/html\\_bura/ficha/params/title/patron-conducta-tipo-antecedentes-familiares-hipertension-estestudipsic/pdf](http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/title/patron-conducta-tipo-antecedentes-familiares-hipertension-estestudipsic/pdf).
- Carmona, F.J., Sanz, L.J., Marín, D. (2002). Patrón de conducta tipo A y patología coronaria. *Psiquis*, 23(1), 18-26. Recuperado de [http://www.psiquis.com/art/02\\_23\\_n01\\_A03.pdf](http://www.psiquis.com/art/02_23_n01_A03.pdf).
- Campillo, M. (2002). *Manual de desarrollo de actividades*. México: Universidad Veracruzana.
- Campillo, M. y Avilés, M. (s/f). *Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica y su familia*. Recuperado de <http://www.uv.mx/facpsi/revista/documents/hacer.pdf>.
- Canino, E. (1997). *Hipertensión Arterial*. Venezuela: Equinoccio.
- Caro, I., (2007). *Manual de teórico-práctico de psicoterapias cognitivas*. Bilbao. Desclée de Brouwer.
- Crespo, E. y Benagues (s/f). *Factores psicosociales de riesgo para la enfermedad cardiovascular*. Recuperado de <http://www.uji.es/bin/publ/edicions/ifi2/factores.pdf>.
- Coffin, N. y Salinas, J.L. (2011). Técnicas de relajación y meditación. En P. Vallares y A. Rentería (coordinadoras). *Psicoterapia cognitivo- conductual. Técnicas y procedimientos*. Cap.1, pp.1-57. México: UNAM-FESI.

Cuesta, U. (1990). Patrón de conducta tipo A en niños y adolescentes. *Revista de Psicología general y aplicada*, 43(2), 233-243. Recuperado de <http://ts.usbmed.edu.co/cgi-bin/?infile=details.glu&luid=45204&rs=572811&hitno=-1>.

Dattilio, F. M. (1990). *Terapia Cognitiva con parejas*. Bilbao: Descleé de Brouwer.

De la Fuente, J. y De la Fuente, M. (1995). Análisis competencial del patrón de conducta tipo A y respuestas ansiógenas situacionales específicas: implicaciones para la intervención. *Psicothema*, 7(2), 267-282. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=72707202>.

De la Torre, O. L. (1993). *Una alternativa de detección del patrón conductual tipo A en niños preescolares*. Tesis de licenciatura no aplicada, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Del Pino, A., Gaos M.T., Dorta, R. y García M. (2004). Modificación de conducta prono-coronaria en pacientes de bajos recursos. *Psychiat*, 28 (4), 235-248. Recuperado en <http://scielo.isciii.es/pdf/ejp/v18n4/235.pdf>.

Del Pino, A. (1996). Tratamiento cognitivo-conductual para modificar el patrón de conducta tipo A. En V. Caballo (Dir.). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*. Cap.10, pp.359-383. Madrid: Siglo XXI.

D´Zurilla, T. y Nezu, A. (1999). *Problem solving therapy*. New York : Springer.

Dorta, M. R. y Pino, A. (2002). *Validez de constructo patrón de conductatipo A*. Tesis de maestría no publicada. Universidad de la Laguna, España.

- Donker J.S. (1991). Medicina conductual y psicología de la salud. En G. Buela y V. Caballo (Eds.). *Manual de psicología clínica aplicada*. Cap. 1, pp.3-14. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Dowd, E. (1997). La Evolución de las terapias Cognitivas. En. I. Caro (coordinadora) *Manual de Psicoterapias Cognitivas*. Cap.1,pp. 25-36. Barcelona: Desclée de Brouwer.
- Ellis, A., y Bernard, M. (1990). ¿Qué es la Terapia Racional Emotiva (RET)?, en A. Ellis y R. Griegel (editores). *Manual de Terapia Racional Emotiva*, Vol. 2. Cap. 1, pp. 19-49. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Evans, P. (1995). Tratamiento cognitivo- conductual del patrón de conducta tipo A: una revisión crítica. *Psicología Conductual*, 3 (2), 183-194. Recuperado de <http://www.behavioralpsycho.com/PDFespanol/1995/art04.2.03.pdf>.
- Fernández, O., Verdecie, O.I., Chaez, L. (2002). Patrón de conducta de tipo A y acontecimientos vitales como riesgo para el infarto cerebral. *Revista de Neurología*, 34(7), 622-627. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/3407/m070622.pdf>.
- Fernández, E.G., Martín, M.D. y Domínguez, F.J. (2003). Factores de riesgo e intervenciones psicológicas en los trastornos cardiovasculares. *Psicotema*, 15 (4), 615-630. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/727/72715416.pdf>.
- Florit, S. (2008). *Estrés, ansiedad, angustia y patrón de conducta Tipo A*. Recuperado de <http://www.grup7psicolegs.com/articulos/estres-ansiedad-angustia-y-patron-de-conducta-tipo-a-i>.
- Fontaine, O. (1981). *Las terapias del comportamiento*. Barcelona: Herder.

- Gala, F.C., Lupiani, M., Guillén, C. y Gómez, S. (2001). Intervención cognitivo-conductual en pacientes de miocardio. *Cuadernos de Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 58 (2), 9-18. Recuperado de [http://www.editorialmedica.com/archivos/cuadernos/Cuader%2058\\_59-Trabaj1.pdf](http://www.editorialmedica.com/archivos/cuadernos/Cuader%2058_59-Trabaj1.pdf).
- Galván, N. y Hernández, C.E. (2003). *Relación enfermedad crónica-hábitos saludables*. Tesis de licenciatura no publicada, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- García, M.A. y Berrios, M.P. (1999). El significado del trabajo en personas con patrón de conducta tipo A. *Psicothema*, 11(2), 357-366. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/213.pdf>.
- Gavino, A. (2002). *Guía de ayuda al terapeuta cognitivo-conductual*. España: Ediciones Pirámide.
- Gaona, A. (2005). El concepto del ser humano en Pávlov. En C. Mondragón (Coord.) *Concepciones del ser Humano*. Cap.6, pp. 77-86. México: Paidós.
- Garduño, C., Riveos, A. y Sanches J.J. (2010). Calidad de vida y cáncer de mama:Efectos de una intervención Cognitivo-Conductual. *Revista Latinoamericana de medicina conductual*, 1 (1), 68-88.
- Guerza, (2012). *Dinámica: El gerente de marcas*. Recuperado de [http://www.gerza.com/dinamicas/categorias/todas/todas\\_dina/el\\_gerente\\_de\\_marca.html](http://www.gerza.com/dinamicas/categorias/todas/todas_dina/el_gerente_de_marca.html).
- Goldfriend, R.H. (1995). *De la terapia cognitivo-conductual a la Psicoterapia Integral*. Bilbao: Descleé Brouwer.

- Guevara, M.P. y Galán, S. (2010). El papel del estrés y el aprendizaje de las enfermedades crónicas: hipertensión arterial y diabetes. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1 (1), 47-55.
- Gutiérrez, J. (2010). Ansiedad y Estrés. L.A. Oblitas (Coord.). *Psicología de la salud y calidad de vida*. Cap.7, p.p. 164-174. México: Cengage Learning
- Juárez, A. (2007). Factores psicosociales laborales relacionados con la tensión arterial y síntomas cardiovasculares en personal de enfermería en México. *Salud Pública de México*, 49 (2), 109-117. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v49n2/a06v49n2.pdf>.
- Izquierdo, A. y Gil-Lacruz, M. (2000). Patrón de conducta tipo A, la interacción psicofisiológica que supone un reto social. Recuperado de [dialnet.unirioja.es/serviet/fichero\\_articulo.codigo=229759](http://dialnet.unirioja.es/serviet/fichero_articulo.codigo=229759).
- Izquierdo, A. y Gil-Lacruz, M. (2004). Intervención en el patrón de conducta tipo A: un modelo interdisciplinar. Recuperado de <http://www.redalyc.org/src/inicio/artpdfred>.
- Kawachi, I., Sparrow, D., Kabzansky, L. A., Spiro, A., Vokonas, S., Weiss, S. (1998). Prospective study of a self-report type a Scale and Risk of coronary heart disease. *Clinical Investigation and reports*. 98 (405), 1-5. Recuperado de <http://circ.ahajournals.org/content/98/5/405.short>.
- Kazdin, A. E. (1989). *Historia de la modificación de conducta*. España: Descleé de Brower.
- Kazdin, A.E. (1994). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones practicas*. México: Manual Moderno.

- Kendall, P. y Norton-Ford J. (1988). *Psicología Clínica. Perspectivas científicas y profesionales*. México: Limusa.
- Labiano, M. (2003). Introducción a la psicología de la salud. En L. A. Oblitas (coordinador). *Psicología de la salud y calidad de vida*. Cap.1, pp1-21. México: Thomson.
- Laham, L. (2008). Psicocardiología su importancia en la prevención y la rehabilitación coronarias. *Suma psicológica*, 15 (1), 143- 170. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/1342/134212604006.pdf>.
- León, J.M.; Medina, S; Barriga, S.; Ballesteros, A y Herrera, I.M (2004) *Psicología de la Salud y de la Calidad de Vida*. Barcelona: UOC.
- López, E. (2000). *Propuesta teórico-metodológica para el trabajo con enfermos terminales oncológicos*. Tesis de licenciatura no publicada, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Mahoney, M. J. y Freeman, A. (1998). *Cognición y Psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Martínez, L., Vega, C., Nava, C. y Serrano, S. (2010). Revisión de investigaciones sobre las enfermedades del siglo XXI En México. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 13 (1) ,186-202.
- Marks, D. F., Murray M., Evans, B., Willig, C., Woodoll, C. y Sykes, C. M. (2008). *Psicología de la Salud. Teoría, investigación y práctica*. Madrid: Manual Moderno.
- Marks, D., Rodríguez, J. y Marín, L. (1999). *Psicología de la salud*. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=663>.

- Meinchenbaum (1998), Terapias cognitivo conductuales. En S.J Linn y J. Graske (coordinadores). *Psicoterapias contemporáneas Modelos y métodos*. Cap 8. 331-362. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Mejía, O. (2000). *Evaluación cognitiva, representación y estrategias de afrontamiento en personas con VIH/SIDA. Una aproximación desde la psicología de la salud*. Tesis de licenciatura no publicada, Facultad de Estudios Superiores Izatcala, Universidad Autónoma de México, México.
- Morales, F. (2002). ¿Tenemos una psicología de la salud para América Latina? En L. Reynoso-Erazo, e I. Seligson. (Coord.). *Psicología y Salud*. México: Facultad de Psicología -UNAM-CONACyT.
- Okifuji, A. y Ackerlind, S. (2007). Métodos de medicina conductual para el dolor. Recuperado de <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/509/509v91n01a13122422pdf001.pdf>.
- Pacheco, A.P., Lupiáñez, J., Acosta, A. (2009). Atención y ansiedad: relaciones de alerta y el control cognitivo con la ansiedad. *Sección experimental*, 30 (1), 1-25. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=16911973001>.
- Phares, J. (1996). *Psicología clínica: conceptos, métodos y práctica*. México: Manual Moderno.
- Phares, E. y Trull, T. (1999). *Psicología clínica. Conceptos métodos y práctica*. Mexico: Manual Moderno.
- Palmero, F., Diez, J.L., Moreno, J., Oblitas, L. (2002). Hostilidad, psicofisiología y salud cardiovascular. *Suma psicológica*, 14 (1), 23-50. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/suma/v14n1/v14n1a03.pdf>.

- Pérez, P.C., Caputo, J.H. (2000). *Patrón de conducta tipo A: nuevos interrogantes para antiguos conflictos*. Recuperado de <http://www.aap.org.ar/publicaciones/dinámica-11/tema-4htm>.
- Pérez, C., Valencia, S.C. y Vinaccia, S. (2006). El papel del psicólogo en la salud pública. *Redalyc*, 16 (002), 199-205.
- Reynoso, L. y Seligson, I. (2005). *Psicología de la salud. Un enfoque conductual*. México: Manual Moderno.
- Reynoso-Erazo, L. y Seligson, I. (2002) (Coord.). *Psicología y Salud*. México. Facultad de Psicología -UNAM-CONACyT.
- Reynoso, L. (1991). *Patrón conductual tipo A: un nuevo instrumento de evaluación*. Tesis de maestría no publicada, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Reynoso, L. y Seligson, I. (2001). *Manual de conducta tipo A*. México: CONACYT-UNAM.
- Riveros, A., Cortazar-Palapa, J., Alcázar, F. y Sánchez, J.J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5 (003), 445-462.
- Rimm, D.C. y Masters, J. C. (1987). *Terapia de la conducta. Técnicas y hallazgos empíricos*. México: Trillas.
- Robles, C. (2009). *Programa para el manejo de la depresión en pacientes renales*. Tesis de licenciatura no publicada, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

- Rodríguez, G. (2010). Desarrollo de la Medicina Conductual en México. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 1 (1), 5-12. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rlmc/article/view/18467>.
- Rodríguez, M.L. (s/f). Contribuciones de la psicología de la salud en el ámbito hospitalario de México. *Psicología y ciencia social. UNAM- FES-Iztacala*, 5 (2), 20-26. Recuperado de <http://www.iztacala.unam.mx/PyCS/pdf/51-3.pdf>.
- Roth, E. (1990). Aplicaciones comunitarias de la medicina conductual. *Redalyc*, 22 (1), 27-50. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/805/80522103.pdf>.
- Romero, B. (2002). *Psicología de la salud como un estado de bienestar Bio-psico-Social*. Tesina de licenciatura no publicada, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Sánchez, J., Rosa, I. y Olivares, J. (1999). Las técnicas cognitivo-conductuales en problemas clínicos y de salud: meta-análisis de la literatura española. *Psicothema*, 11(3), 641-654. Recuperado en <http://156.35.33.98/reunido/index.php/PST/article/view/7548>.
- Sánchez, S., Velasco, L., Rodríguez, R. y Baranda J. (2005). Eficacia de un programa cognitivo conductual para la disminución de la ansiedad en pacientes médicamente enfermos. *Revista de investigación clínica*, 58 (6), 540-546.
- Sánchez, P. (2005). Dinámica sumisión/ agresión/asertividad. Recuperado de [http://www.gerza.com/dinamicas/categorias/todas/todas\\_dina/sumision\\_agresion\\_acertividad.html](http://www.gerza.com/dinamicas/categorias/todas/todas_dina/sumision_agresion_acertividad.html).

- Sánchez, P. (2005). *Dinámica sumisión/ agresión/asertividad*. Recuperado de [http://www.gerza.com/dinamicas/categorias/todas/todas\\_dina/sumision\\_agresion\\_acertividad.html](http://www.gerza.com/dinamicas/categorias/todas/todas_dina/sumision_agresion_acertividad.html).
- Solís, P., Randeles, A.L. (2003). Comportamiento tipo A en mujeres trabajadoras de México: análisis psicométrico de una escala. *Revista Latinoamericana de psicología*, 35(2), 175-184. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/805/80535205.pdf>.
- Soto, L.A. (2002). *Calidad de vida en personas con VIH/SIDA*. Tesina de licenciatura no publicada, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Autónoma de México, México.
- Stumphauzer, J. (2004). *Terapia Conductual*. México: Trillas.
- Taylor S. E. (2007). *Psicología de la salud*. México: Mc Graw Hill: Interamericana.
- Técnicas y dinámicas para trabajar en grupos (2008). *Dinámica lluvia de ideas*. Recuperado de [http://www.pjcweb.org/Biblioteca/Dinamicas/Tecnicas\\_y\\_dinamicas\\_para\\_grupo\\_www.pjcweb.org.pdf](http://www.pjcweb.org/Biblioteca/Dinamicas/Tecnicas_y_dinamicas_para_grupo_www.pjcweb.org.pdf).
- Tobal, J.J., Videl, C., Casado, M.I., Escalona, A., (1994). Emociones e hipertensión. Implicación de un programa cognitivo-conductual. *Anales de psicología*, 10 (2), 199-216.
- Tron, R. (1998). *Patrón Conductual Tipo A en niños: un estudio Longitudinal*. Tesis de Maestría no publicada, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Trejo, M. A. (2001). *Psicología de la salud en México: Estilos de vida y hábitos de salud*. Tesis de licenciatura no publicada, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

- Tron, R. y Reynoso, L. (2000). Evaluación del patrón conductual tipo A en niños: un estudio longitudinal. *Psicología conductual*, 8(1), 85-95. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2827043>.
- Vega, M. (2002). *La psicología de la salud. Hábitos positivos para conservar un estado saludable*. Tesis de licenciatura no publicada, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Vera- Villaroel, P., Sánchez, A., Cachinero, J. (2004). Analysis of the relationship between the tipe A Behvior pattern an fear of negative evaluation. *International Journal of Clinical and Health Psychology* ,4 (2), 313-322). Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/337/33740205.pdf>.
- Vera, N. y Vila, J. (1991). Técnicas de relajación. En V. Caballo (Coord.). *Manual de Técnicas de la terapia y modificación de conducta*. Cap. 9, pp. 165-180. Madrid: Siglo Veintiuno.
- Wolpe, J. (1993). *Práctica de la terapia de la conducta*. México: Trillas.
- Yapko, M. (2006). *Para romper los patrones de la depresión*. México: Pax.

# **A N N E X O S**

**Anexo 1. Programa de Intervención**

**Módulo: Salud**

7- Objetivo general: Que los pacientes reconozcan la importante necesidad de realizar cambios en su estilo de vida, asumiendo que eso contribuirá al bienestar de su salud.

Objetivo Particular: Los pacientes identificarán el propósito del programa de intervención

<b>SESIÓN 1</b>	Técnica	Actividades del Terapeuta	Actividades del Paciente	Material
<b>M Ó D U L O  S A L U D</b>	Dinámica de presentación	<p>Explicará el propósito del programa de intervención.</p> <p>Presentará brevemente el programa y describirá la forma en que se llevarán a cabo las sesiones.</p> <p>Dirigirá la dinámica de presentación.</p>	<p>Identificarán el propósito del programa</p> <p>Se presentarán y manifestarán por qué ha decidido asistir al programa y qué esperan conseguir de él.</p>	Rotafolio
	Psicoeducación	<p>Pedirá a los pacientes que manifiesten porqué han decidido asistir al programa y qué esperan conseguir de él.</p> <p>Expondrá las ventajas de participar en un programa de intervención.</p>	<p>Escucharán a sus compañeros</p>	

Objetivo Particular: Los pacientes identificarán la relación entre el comportamiento tipo A y la enfermedad coronaria.

SESIÓN	Técnica	Actividades del Terapeuta	Actividades del Paciente	Material
2	Psicoeducación	Aportará información objetiva sobre la enfermedad coronaria, sobre las repercusiones en el funcionamiento habitual, a corto, medio y largo plazo.	Participará de forma activa en la exposición	Rotafolio
M Ó D U L O  S A L U D		Describirá la influencia de los factores de riesgo en los trastornos coronarios.	Identificará los factores que afectan su salud	
		Profundizará en el factor de riesgo Patrón de Conducta Tipo A.	Escuchará a los demás miembros del grupo	
		Definirá qué es el PCTA, mencionará sus características y profundizará en las repercusiones que tiene éste a nivel psicológico, físico y social.	Pondrá atención Dará ejemplos Expresará dudas	
		Señalará la importancia que tiene la propia conducta en la incidencia, progresión y recuperación de la enfermedad coronaria.		

Objetivo Particular: Los pacientes practicarán la respiración diafragmática y abdominal.

SESIÓN	Técnica	Actividades del Terapeuta	Actividades del Paciente	Material
<b>3</b>	Psicoeducación	Realizará una breve exposición sobre respiración diafragmática y abdominal resaltar los beneficios de practicarlas.	Pondrá atención Realizará preguntas	Rotafolio
<b>M Ó D U L O  S A L U D</b>	Respiración diafragmática	<p>Dará a conocer dónde y cuándo se pueden poner en práctica la respiración diafragmática y abdominal.</p> <p>Comenzará con ejercicios de respiración diafragmática</p> <p>Explicará e instruirá sobre los ejercicios de respiración abdominal.</p>	Ejecutará los ejercicios de respiración	

Objetivo Particular: Los pacientes aumentarán sus habilidades de afrontamiento al estrés

SESIÓN	Técnica	Actividades del Terapeuta	Actividades del Paciente	Material
4	Psicoeducación sobre el Estrés	Explicará la naturaleza de las reacciones del estrés y la ansiedad, así como sus manifestaciones fisiológicas, cognitivas y conductuales.	Poner atención Dar ejemplos Realizar preguntas	Rotafolio
<b>M Ó D U L O  S A L U D</b>		Pedirá a los pacientes que elijan y compartan una situación donde se hayan sentido muy estresados o ansiosos y cómo reaccionaron.		Hojas blancas Lápices Plumas
		Hará un breve repaso sobre el entrenamiento en habilidades para el control de la activación fisiológica (ejercicios de respiración).	Expondrá una de las situaciones donde se ha sentido más estresado	
		Explicará cómo ésta puede ser de utilidad en situaciones de estrés y ansiedad y que a lo largo del programa se darán más habilidades.		
		Resolverá dudas, sobre la respiración diafragmática.	Ejecutará los ejercicios de respiración	
		Guiará los ejercicios de Respiración.		

**Módulo: Personal**

Objetivo General: Los pacientes modificarán sus pensamientos dañinos o irracionales por otros más racionales para tener el control de emociones negativas (ira y ansiedad) y generar una sensación de bienestar

Objetivo Particular: Los pacientes identificarán qué son los pensamientos, y cómo estos influyen en sus emociones y conductas.

<b>Sesión</b> <b>5</b>	<b>Técnica</b>	<b>Actividades del Terapeuta</b>	<b>Actividades del paciente</b>	<b>Material</b>
<b>M</b> <b>Ó</b> <b>D</b> <b>U</b> <b>L</b> <b>O</b>  <b>P</b> <b>E</b> <b>R</b> <b>S</b> <b>O</b> <b>N</b> <b>A</b> <b>L</b>	Psicoeducación:	Explicará qué son los pensamientos.	Poner atención Dar ejemplos Realizar preguntas	Rotafolio
	¿Qué son los pensamientos?	<p>Dará una exposición sobre cómo influyen los pensamientos en nuestras emociones y en nuestras conductas.</p> <p>Proporcionará algunos ejemplos de creencias y procesos de pensamientos que llevan a incrementar la tensión y malestar. (Profundizará, en las creencias características de la persona Tipo A).</p> <p>Les preguntará a los pacientes si se sienten identificados con este tipo de creencias, y cuales han sido las consecuencias resultantes.</p> <p>El terapeuta enfatizará en las consecuencias negativas, y mencionará por qué estas creencias deben modificarse y en qué resultan benéficas.</p>	Expresará con qué creencias irracionales se han identificado y mencionará sus consecuencias.	

Objetivo Particular: Los pacientes identificarán sus pensamientos dañinos.

<b>Sesión 6</b>	<b>Técnica</b>	<b>Actividades del Terapeuta</b>	<b>Actividades del Paciente</b>	<b>Material</b>
<b>M Ó D U L O  P E R S O N A L</b>	Sesión de Reestructuración Cognitiva Psicoeducación	<p>El terapeuta dará las instrucciones para realizar el ejercicio introductorio para el modelo ABC.</p> <p>El terapeuta pone de ejemplo este ejercicio para mostrar cómo los pensamientos de hacer algo, no el hacerlo, lo conduce a sus sentimientos. Preguntará qué pensamientos tuvieron y si presentaron cierto grado de ansiedad (Anexo 2)</p> <p>El terapeuta explicará el modelo ABC, enfatizando el papel que juegan los pensamientos irracionales.</p> <p>Proporcionará el ejercicio 3.3 y dará las instrucciones para resolverlo (Anexo 3).</p> <p>Leerá la lista de pensamientos irracionales de Ellis y Rusell (1985).</p> <p>Pedirá a los pacientes que detecten y apunten 5 pensamientos irracionales con los que se hayan sentido identificados. Posteriormente solicitará que compartan el por qué se identificaron con estos pensamientos.</p>	<p>Escuchar Poner atención Realizar preguntas El paciente tratará de relajarse y concentrarse en ese secreto que no diría normalmente.</p> <p>El paciente relatará los pensamientos y si experimentó algún grado de ansiedad mientras el terapeuta daba las instrucciones del ejercicio introductorio.</p> <p>Pondrá atención a la exposición del Modelo ABC y expresará si tiene alguna duda sobre éste.</p> <p>Resolverá el ejercicio 3.3 y tratará de discriminar entre situación, pensamientos, emoción, conducta.</p> <p>Estará atento a la lectura de los pensamientos irracionales y apuntará los pensamientos con los que se siente identificado. Asimismo compartirá con el grupo por qué escogió esos pensamientos.</p>	<p>Lista de pensamientos irracionales de Ellis y Rusell (1985).</p> <p>Anexo 2. Ejercicio introductorio al modelo ABC (Caballo, 2005)</p> <p>Anexo 3. Ejercicio 3.3 (Beriso, Plans, Sánchez y Sánchez, 2003).</p> <p>Hojas blancas y Lápices.</p>

Objetivo Particular: Los pacientes podrán cuestionar la validez de sus pensamientos irracionales.

Sesión 7	Técnica	Actividades del Terapeuta	Actividades del Paciente	Material
<b>M Ó D U L O  P E R S O N A L</b>	Reestructuración Cognitiva (Ellis)	<p>Explicará qué es cuestionarse en sentido socrático y cómo esto puede ayudar a remplazar los pensamientos irracionales por racionales.</p> <p>El terapeuta presentará una lista de creencias irracionales (Anexo 4) y guiará al grupo a discutir y cuestionar estas creencias, asimismo guiará al grupo a generar respuestas en esta etapa de discusión y convertirlas en creencias irracionales.</p>	<p>El paciente estará atento a la exposición y tratará de participar de forma activa en ésta, dando ejemplos o expresando dudas.</p> <p>El paciente participará en el ejercicio cuestionando la autenticidad de cada creencias, asimismo generará alternativas para que se conviertan en creencias racionales que sustituirán a las creencias irracionales.</p>	<p>Anexo 4. Lista de pensamientos irracionales.</p> <p>Anexo 5 FORMULARIO DE AUTOAYUDA RET (Sichel y Ellis 1983 en Ellis y Bernard, 1990)</p>
		<p>El terapeuta entregará el FORMULARIO DE AUTOAYUDA RET, y pedirá que pongan un acontecimiento personal (Anexo 5).</p> <p>Pedirá a los pacientes que compartan cómo se sintieron después de llenar el FORMULARIO DE AUTOAYUDA RET.</p>	<p>El paciente de forma individual detectará un acontecimiento desagradable, recordará qué consecuencias tuvo, y qué pensamientos se presentaron en ese momento asimismo cuestionará la autenticidad de esos pensamiento y los sustituirá por pensamientos racionales.</p> <p>Comentará qué sentimientos ha experimentado después de llegar a sus creencias racionales</p>	<p>Lápices</p> <p>Rotafolio</p> <p>Plumines</p>

Objetivo Particular: Que los pacientes puedan diferenciar entre conducta asertiva, no asertiva y agresiva.

Sesión	Técnica	Actividades del Terapeuta	Actividades del Paciente	Material
<b>8</b> <b>M</b> <b>Ó</b> <b>D</b> <b>U</b> <b>L</b> <b>O</b> <b>P</b> <b>E</b> <b>R</b> <b>S</b> <b>O</b> <b>N</b> <b>A</b> <b>L</b>	Psicoeducación sobre: Asertividad	<p>Dará una explicación clara de la conducta asertiva, contrastándolo con la conducta no asertiva y agresiva mencionando sus características de cada una (verbal, no verbal, consecuencias). Asimismo proporcionará ejemplos.</p> <p>Entregará las tarjetas de distinto color a los participantes. Les presentará distintas conductas y pedirá a los participantes que califiquen el tipo de conducta levantando todos al mismo tiempo la tarjeta correspondiente.</p> <p>Guiará al grupo para discutir por qué la conducta que se ha presentado se consideró agresiva, asertiva, no asertiva.</p> <p>Dará las instrucciones para realizar la dinámica Agresión / sumisión/ asertivo, mencionará que esta dinámica tiene como fin identificar los componentes no verbales de cada una de estas conductas. Al final guiará la discusión de este ejercicio.</p>	<p>Pondrá atención a la exposición y participará de forma activa dando ejemplos o expresando dudas.</p> <p>Estará atento a las conductas que vaya presentando el terapeuta y dependiendo la conducta que él identifique levantará la tarjeta del color correspondiente.</p> <p>Compartirá porqué consideró que esa conducta era asertiva, no asertiva o agresiva.</p> <p>Seguirá las instrucciones del terapeuta para realizar la dinámica agresión/ sumisión/ asertivo.</p> <p>Comentará qué le pareció la dinámica.</p>	<p>Rotafolio</p> <p>3 tarjetas de diferente color para cada miembro del grupo que representan un tipo de conducta (azul= asertiva, blanca= no asertiva), Roja=agresiva)</p> <p>Anexo 6. Dinámica Agresión / sumisión/asertivo</p>

Objetivo Particular: Los pacientes identificarán sus derechos humanos básicos sin violar los de los demás.

Sesión 9	Técnica	Actividades del Terapeuta	Actividades del Paciente	Material
<b>M Ó D U L O  P E R S O N A L</b>	Psicoeducación sobre :	Dara un exposición sobre los derechos humanos básicos.	Pondrá atención a la exposición y participará de forma activa dando ejemplos o expresando dudas.	Rotafolio
	Derechos humanos básicos.	<p>Posteriormente proporcionará una lista con los derechos humanos más importantes (Caballo, 2005). Leerá el primero y pedirá a cada uno de los pacientes que vaya leyendo un derecho.</p> <p>Pedirá que cada paciente elija un derecho de la lista que sea importante para él, pero que normalmente no se aplica en su vida, o bien que sea difícil de aceptar. Después pedirá que cierren los ojos y se pongan en una posición cómoda e inhalen profundamente por la nariz y exhalen por la boca.</p> <p>Pedirá que se imaginen que tienen ese derecho que escogieron, después que se imaginen que no tienen ese derecho.</p> <p>Pedirá a los pacientes que compartan qué derecho seleccionaron, cómo actuaron y cómo se sintieron cuando tenían y cuando no tenían el derecho y qué aprendieron del ejercicio.</p>	<p>Leerá el derecho humano básico que le corresponda.</p> <p>Escogerá un derecho que considera importante (ya sea que normalmente no lo aplica o que le sea difícil aceptar).</p> <p>Tratará de relajarse e imaginar cómo se sentiría teniendo ese derecho, y cómo se sentiría si no tuviera ese derecho.</p> <p>Compartirá porque eligió ese derecho, cómo reaccionó y cómo se sintió.</p> <p>Asimismo mencionará qué ha aprendido de este ejercicio y cómo lo aplicaría en la vida diaria.</p>	Lista con los derechos humanos más importantes (Caballo, 2005).

Objetivo Particular: Que los pacientes reduzcan las conductas de interacción agresiva y logren una comunicación eficaz.

Sesión 10	Técnica	Actividades del Terapeuta	Actividades del Paciente	Material
<b>M Ó D U L O  P E R S O N A L</b>	Ensayo conductual	<p>Empezará abordando el papel central que pueden desempeñar los pensamientos en la facilitación o inhibición de respuestas asertivas.</p> <p>Pedirá a los pacientes que escriban los pensamientos negativos que vienen a su mente cuando quisieran actuar asertivamente. Posteriormente instruirá a los pacientes a desafiar o poner a prueba estos pensamientos.</p> <p>Explicará en qué consiste el ensayo conductual</p> <p>Pedirá a los pacientes que identifiquen una situación en la que haya sido hostil o agresivo. Posteriormente pedirá que formen parejas y compartan estas situaciones.</p> <p>Guiará el ensayo conductual, observará, retroalimentará y pedirá que el grupo también dé retroalimentación, diciendo primero lo que han hecho bien y lo que podría mejorar sus compañeros.</p>	<p>Pondrá atención a la exposición y participará de forma activa dando ejemplos o expresando dudas.</p> <p>Escribirá qué pensamientos negativos no le permiten ser asertivos. Posteriormente cuestionará la autenticidad de estos pensamientos.</p> <p>Identificará una situación en la que no haya sido asertivo y la compartirá con su compañero con el que hará el ensayo conductual.</p> <p>Realizará el ensayo conductual.</p> <p>Dará retroalimentación a sus compañeros mencionando lo que a él le pareció que hizo bien y que considera que puede mejorar.</p>	<p>Rotafolio</p> <p>Hojas blancas</p> <p>Lápices.</p>

**Módulo: Laboral**

Objetivo general: Los pacientes identificarán algunas alternativas básicas que pueden ser de ayuda para anticipar o minimizar los efectos negativos del estrés en el ámbito laboral.

Objetivo Particular: Identificará factores de estrés en su ambiente laboral.

<b>Sesión</b>	Técnica	Actividades del Terapeuta	Actividades del Paciente	Material
<b>11</b>  <b>M</b> <b>Ó</b> <b>D</b> <b>U</b> <b>L</b>  <b>L</b> <b>A</b> <b>B</b> <b>O</b> <b>R</b> <b>A</b>  <b>L</b>	Psicoeducación:  Estrés en el trabajo	<p>Dará una exposición introductoria sobre algunos factores de estrés que puede afectar en el ambiente laboral.</p> <p>Proporcionará algunos ejemplos de cómo el estrés puede producir alteraciones en el rendimiento (dificultad en la toma de decisiones, pensamiento confuso e ilógico), alteración de las relaciones interpersonales (irritabilidad, agresividad, aislamiento).</p> <p>Invitará a los pacientes para que comenten si se sienten identificados con algunos de estos ejemplos, que proporcionen más de estos o comenten otro tipo de alteraciones del estrés en el trabajo.</p> <p>Pedirá a los pacientes que compartan cuáles son las situaciones que les generan más estrés en su trabajo.</p>	<p>Pondrá atención a la exposición y participará de forma activa dando ejemplos o expresando dudas.</p> <p>Mencionará si se ha identificado con algunos de los ejemplos expuestos por el terapeuta, asimismo si ha identificado otro tipo de alteraciones negativas en su trabajo a causa del estrés las compartirá con el resto del grupo.</p> <p>Mencionará cuáles son las situaciones generadoras de estrés en su trabajo que él ha identificado.</p>	Rotafolio

Objetivo particular: Que los pacientes describan los pasos para la Resolución de Problemas.

<b>Sesión 12</b>	Técnica	Actividades del Terapeuta	Actividades del Paciente	Material
<b>M Ó D U L O  L A B O R A L</b>	Solución de problemas	<p>Explicará en qué consiste la Técnica Solución de Problemas y la toma de decisiones.</p> <p>Explicará los ocho pasos para la resolución de problemas (Sank y Shaffer, 1993) :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Identificar el problema</li> <li>2.- Formulación de metas</li> <li>3.- Generar Alternativas</li> <li>4.- Evaluar Alternativas</li> <li>5.- Toma de decisiones</li> <li>6.- Verificación</li> <li>7.- Preparación para la implementación</li> <li>8.- Implementación y resultado.</li> </ol> <p>Tras la explicación del proceso de los ocho pasos, el terapeuta representa un ensayo conductual ilustrativo de un problema aplicando los pasos detallados.</p> <p>Posteriormente dará las instrucciones para la dinámica "Brainstorming", mencionando que la realización de esta es para ejemplificar el tema visto. Al final de ésta, dirigirá una discusión sobre el ejercicio anterior (Anexo 7).</p>	<p>Pondrá atención a la exposición y participará de forma activa dando ejemplos o expresando dudas.</p> <p>En la dinámica Brainstorming el paciente pondrá atención para identificar el problema.</p> <p>Propondrá sus soluciones a la lista de alternativas de solución.</p> <p>Escuchará las propuestas de sus compañeros sin interrumpirlos.</p> <p>Evaluará posibles soluciones poniendo un signo de + o un - en las ideas que le parecen aceptables o no.</p> <p>Tomará junto a sus compañeros la decisión que más les favorezca.</p> <p>Comentará que le pareció el ejercicio y cómo puede aplicarlo a la vida diaria.</p>	<p>Rotafolio</p> <p>Plumines de colores</p> <p>Anexo 7. Dinámica "Brainstorming o lluvia de ideas"</p>

Objetivo particular: Que los pacientes individualmente apliquen el modelo rápido de solución de problemas.

Sesión	Técnica	Actividades del Terapeuta	Actividades del Paciente	Material
<b>13</b>  <b>M</b> <b>Ó</b> <b>D</b> <b>U</b> <b>L</b> <b>O</b>  <b>L</b> <b>A</b> <b>B</b> <b>O</b> <b>R</b> <b>A</b> <b>L</b>	<p>Solución de problemas.</p>	<p>Repasará brevemente el tema de la sesión anterior, y presentará el modelo rápido de solución de problemas (D´Zurilla y Nezu, 1999), como otra opción de solución de problemas.</p> <p>Explicará detalladamente los 5 pasos de este modelo.</p> <p>Le pedirá a los pacientes que identifiquen un problema de tipo laboral, posteriormente en base a esto pedirá que realicen el ejercicio: Modelo rápido de solución de problemas (Anexo 8).</p> <p>Ayudará a evaluar de forma sistemática y detallada el potencial de cada solución. Asimismo ayudará a valorar las consecuencias de éstas.</p> <p>Facilitará la elección de la mejor solución posible para afrontar de forma funcional el problema. Dirigirá la discusión sobre el ejercicio anterior, donde tratará de resaltar la importancia de no tomar decisiones impulsivas.</p>	<p>Pondrá atención a la exposición y participará de forma activa dando ejemplos o expresando dudas.</p> <p>Llenará el modelo rápido de solución de problemas.</p> <p>Realizará sus lista de alternativas de solución</p> <p>Tomará la decisión que más le favorezca.</p> <p>Si tiene alguna duda se la hará saber al terapeuta.</p> <p>Mencionará qué le pareció la actividad y si le resultó satisfactoria.</p>	<p>Anexo 8 Modelo rápido de solución de problemas (D´Zurilla y Nezu, 1999). Plumas y lápices.</p>

Objetivo Particular: Los pacientes reorganizarán sus actividades laborales de acuerdo a la matriz de prioridades.

Sesión 14	Técnica	Actividades del Terapeuta	Actividades del Paciente	Material
<b>M Ó D U L O  L A B O R A L</b>	Administración del tiempo.	Empezará explicando en qué consiste la Administración del tiempo.	Pondrá atención a la exposición y participará de forma activa dando ejemplos o expresando dudas.	Rotafolio
	Matriz de prioridades	<p>Pedirá que identifiquen las horas en las que son más eficaces mientras laboran (para hacer lo difícil, complejo/ importante) y las horas menos eficaces (para poder leer el periódico, abrir correos).</p> <p>Posteriormente le pedirá al grupo que realice tres listas: a) en la primera pondrá tareas urgentes e importantes (imprescindible de hacer), b) Tareas importantes y urgentes (deben hacerse, no requiere un tiempo limite), c) urgente no importante (deseable de hacer, realizarse en periodos de poca presión.)</p> <p>Explicará en qué consiste la Matriz de prioridades y pedirá que la llenen basándose en los ejercicios anteriores.</p>	<p>Identificará las horas en que es más eficaz y las horas en la que es menos eficaz.</p> <p>Realizará las listas.</p> <p>Llenará la matriz de prioridades.</p>	<p>Hojas blancas</p> <p>Lápices</p> <p>Plumas</p> <p>Hojas de colores</p> <p>Pegamento</p> <p>Tijeras</p>

Objetivo Particular: Que los pacientes comparen el manejo que se hace del tiempo tanto en forma individual como en grupo.

Sesión 15.	Técnica	Actividades del Terapeuta	Actividades del Paciente	Material
<b>M Ó D U L O  L A B O R A L</b>	<p>Dinámica: Gerente de marca.</p> <p>Psicoeducación : ¿Qué es delegar?</p>	<p>Dará las instrucciones para realizar la Dinámica : Gerente de marcas</p> <p>Al finalizar ésta, dirigirá la discusión donde preguntará a los pacientes qué dificultades y beneficios encontraron al realizar individualmente el ejercicio y cuáles al realizarlo en equipo.</p> <p>Mencionará que el realizar esta actividad tiene como objetivo el poder introducir el tema: ¿Qué es delegar?</p> <p>Dará una exposición sobre este tema, mencionará cuáles son las características de las personas que no delegan (recalcando esto como un rasgo sobresaliente de las personas Tipo A).</p> <p>Remarcará cuáles son las desventajas del no delegar (estar siempre ocupado, tensionado, mal humorado, carga de responsabilidades) y dará ejemplos.</p> <p>Preguntará a los pacientes cuáles podrían ser las ventajas de delegar.</p>	<p>Seguirá las instrucciones del terapeuta para realizar las instrucciones para realizar la dinámica propuesta por el terapeuta.</p> <p>Compartirá qué dificultades y ventajas encontró al realizar el ejercicio primero de forma individual y después en equipo.</p> <p>Pondrá atención a la exposición y participará de forma activa dando ejemplos o expresando dudas.</p> <p>Mencionará que ventajas tendría el si delegara algunas tareas.</p> <p>Mencionará qué podría intentar hacer para poder delegar algunas tareas.</p>	<p>Rotafolio</p> <p>Plumines</p> <p>Anexo 9. Dinámica: Gerente de marca.</p> <p>Lápices</p>

		<p>Proporcionará algunas opciones para poder empezar a delegar:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Conocer a mi equipo de trabajo (subordinados), es decir interesarnos en lo que hacen bien</li><li>• Invertir tiempo en enseñarles a otros esas actividades que pueden hacer, darse el tiempo de contestar dudas, será tiempo invertido que valdrá la pena.</li><li>• Valorar el trabajo de los demás</li></ul> <p>Pedirá a los pacientes que proporcionen otras opciones que crean que pueden ayudarle a delegar tareas en su trabajo y las irá anotando.</p> <p>El terapeuta guiará un proceso para que los pacientes analicen, cómo se puede aplicar lo que se vió durante esta sesión en su vida laborar.</p>		
--	--	--	--	--

Objetivos Particulares: Que los pacientes practiquen lo aprendido durante el programa en situaciones estresantes.

Sesión 16	Técnica	Actividades del Terapeuta	Actividades del Paciente	Material
<b>M Ó D U L O  L A B O R A L</b>	Ensayo conductual	<p>Dirigirá los ensayos en imaginación donde los pacientes se enfrentarán a situaciones laborales progresivamente estresantes, pedirá que escojan cuales de las habilidades aprendidas previamente (reestructuración cognitiva, asertividad, solución de problemas), habilidades para el control de la activación fisiológica (ejercicios de respiración), podrían ayudarle hacerle frente a dicha situación.</p> <p>Asimismo ayudará a los pacientes a montar el ensayo.</p> <p>Dará retroalimentación y pedirá a los pacientes que también retroalimenten a sus compañeros diciendo qué hicieron bien y qué podrían mejorar, y si tienen otra propuesta (solo de las que se vieron en el programa) que crean que puede ayudar a manejar esa situación estresante que se la proporcione a su compañero.</p> <p>Dirigirá al grupo para que juntos realicen un plan para manejar el estrés a nivel laboral, para esto pedirá que estudien cómo pueden emplear lo que se ha aprendido a lo largo del programa, cómo combinar las competencias para superar problemas recurrentes actuales y aquellos nuevos que puedan surgir más adelante.</p>	<p>Pensará qué situación en su trabajo lo ha hecho sentirse muy estresado últimamente para poder ejecutar el ensayo conductual</p> <p>Si es preciso participará en el ensayo de alguno de sus compañeros, siguiendo el guión que le proporcione su compañero con el que realizará el ensayo.</p> <p>Retroalimentará a sus compañeros diciendo lo que cree que hicieron bien y qué podría mejorar, si encuentra otra opción que él aplicaría en esa situación estresante se la compartirá a su compañero.</p> <p>Dará sus propuestas para el plan para manejar el estrés laboral.</p>	<p>Papel bond</p> <p>Plumines</p>

		<p>Dará un tiempo para que cada paciente realice la actividad antes mencionada.</p> <p>Posteriormente pedirá que comparta su propuesta, e irá apuntándolas para ir formando de forma grupal el plan para manejar el estrés a nivel laboral.</p>		
--	--	---	--	--

Objetivo particular: Que los pacientes compartan cuáles fueron sus logros durante el programa y compartan nuevas propuestas para mejorarlo.

Sesión 17.	Técnica	Actividades del Terapeuta	Actividades del Paciente	Material
<b>C I E R R E  D E L  P R O G R A M A</b>		<p>Guiará la discusión grupal sobre los logros alcanzados en el programa.</p> <p>Pedirá que mencionen qué aspectos o temas le resultaron difíciles, molestos o incomprensibles del programa y cuáles fueron de su agrado.</p> <p>El terapeuta proporcionará feedback detallado respecto al progreso efectuado en el curso del tratamiento.</p> <p>Terminará formalmente el programa.</p>	<p>De manera individual el paciente expondrá:</p> <p>Sus logros durante el programa y qué aspectos le agradaron o desagradaron del mismo.</p> <p>Dará propuestas nuevas para el programa</p>	<p>Papel bond</p> <p>Plumines</p>

**Anexo 2****Ejercicio introductorio al modelo ABC (Caballo, 2005).**

Voy a pedir que se sienten cómodamente, que cierren los ojos, tomen aire profundamente por la nariz, la retengan durante cierto tiempo en los pulmones y la echen lentamente por la boca.

Ahora voy a pedir que piensen en algo secreto, algo sobre ustedes mismos que no dirían normalmente a nadie más. Podría ser algo que haya hecho en el pasado, algo que están haciendo en el presente. Algún hábito secreto o alguna característica física (pausa). ¿Están pensando en ello? (pausa). Bien, ahora voy a pedir a alguien que diga al grupo en qué ha pensado..... que lo describa con cierto detalle.

(Pausa corta) pero puesto que sé que todo el mundo querría hacer esto, y no tenemos suficiente tiempo para que todo el mundo lo haga, seleccionare a alguien. (pausa- mirando a los miembros del grupo).

¡Ya!, pienso que tengo a alguien. (Pausa). Pero antes de que llame a esa persona, permítanme preguntarles ¿qué es lo que están experimentando en estos momentos?

### Anexo 3

#### Ejercicio 3.3 para identificar situaciones, pensamientos, emociones y conductas (Beriso, Plans, Sánchez y Sánchez, 2003).

Los sujetos clasificarán cada elemento, poniendo una cruz en las columnas pertinentes.

ELEMENTOS	SITUACIÓN	PENSAMIENTO	EMOCIÓN	CONDUCTA
Doy un portazo				
No puedo más				
Agobiada				
No tiene derecho a hacerme esto				
Contenta				
Va a ser un fracaso				
Irritable				
Me encierro en mi cuarto.				
Llamo a mi amiga				
Se van a dar cuenta				
Soy un perdedor				
Triste				
Le doy una bofetada				

## **Anexo 4**

### **Lista de pensamientos irracionales en los que se basa el patrón de conducta tipo A (Borda, et al., 2000)**

- Si cometo un error en el trabajo pensarán que no valgo
- Ahora podría estar adelantando trabajo si no me hicieran esperar aquí
- Los colaboradores que tengo no se dedican lo suficiente al trabajo
- La gente en general se despreocupa de sus obligaciones
- Si le explico a otra persona lo que tiene que hacer, no lo entenderá y me hará perder el tiempo, mejor lo hago yo directamente
- Las relaciones sociales fuera del mundo laboral son innecesarias
- Si no me ocupo yo de las cosas, no lo hace nadie
- No existe ninguna razón que justifique el llegar tarde a una cita
- Se me valora por mis logros y no por quién soy yo.

## Anexo 5

### FORMULARIO DE AUTOAYUDA RET (Ellis y Bernard, 1990).

**(A) acontecimientos activadores** y pensamientos o sentimientos que ocurren justo antes de que me sienta perturbado emocionalmente o actúe contraproducentemente:

---



---

**(C) Consecuencia o estado**, sentimiento perturbador o conducta contraproducente que me produce y me gustaría cambiar

---

<p><b>(B) Creencias-creencias irracionales (CI)</b> que me conducen a la consecuencia (perturbación emocional a la conducta contraproducente). Rodee con un círculo todo aquello que interfiera con ese acontecimiento activador (A) puede anotar creencias adicionales si no está aquí alguna creencia con la que usted se identifique.</p>	<p><b>(D) Discusiones</b> para cada creencia irracional. Ejemplo: ¿Por qué tengo que hacerlo bien?, ¿Dónde está escrito que soy una mala persona?, ¿Dónde está la prueba de que tengo que ser aprobado o aceptado?</p>	<p><b>(E) Creencias irracionales efectivas (CR)</b> para remplazar mis creencias irracionales (CI). Ejemplos: "PREFERIRIA hacerlo muy bien , pero no tengo que hacerlo, " "soy una persona que actúa mal, no una mala persona"</p>
<p><b>Tengo que</b> hacerlo todo bien</p> <p>Soy una <b>persona mala o despreciable</b> cuando actué débil o estúpidamente.</p> <p>Soy una <b>persona mala e indigna</b> de ser amada si me rechazan</p> <p>La gente <b>tiene que</b> tratarme justamente y darme lo que necesite</p>		

<p>La gente que actúa inmoralmemente <b>es gente corrompida</b> e indigna</p> <p>La gente <b>tiene que</b> cumplir mis expectativas o sino es terrible</p> <p>Mi vida <b>tiene que</b> tener pocos problemas o dificultades importantes</p> <p>Realmente <b>no puedo soportar</b> las cosas difíciles</p> <p>Es <b>horroroso u horrible</b> cuando las cosas importantes no salen como yo quiero</p> <p><b>No puedo soportarlo</b> cuando la vida es realmente injusta</p> <p><b>Necesito</b> ser querido por la gente que me importa un poco</p> <p><b>Necesito</b> bastante gratificación inmediata que <b>tengo que</b> sentirme desagradecido cuando no lo consigo</p> <p><i>Creencias adicionales.                      irracionales</i></p>		
---	--	--

(F) Sentimientos y conductas, que he experimentado después de llegar a mis creencias racionales efectivas: \_\_\_\_\_

## Anexo 6

### DINÁMICA SUMISIÓN/AGRESIÓN/ASERTIVIDAD (Sánchez, 2011).

#### DESARROLLO

I. El Facilitador pide a los participantes que hagan una lista de lo que asocian con la palabra "Asertivo" y registren sus respuestas en el rotafolio.

II. Se les pide piensen en el individuo "más sumiso" que conozcan, (es decir, no asertivo). Individualmente imaginen las características de conducta que asocian con esas personas. Posteriormente, se les indica que vayan de un lado para otro tomando actitudes sumisas, sin utilizar palabras.

III. Después de cinco minutos, se les pide a los participantes "se queden como estatuas" en una posición que demuestre comportamiento sumiso y miren a la gente de su alrededor e identifiquen similitudes en sus comportamientos.

IV. El Facilitador solicita comentarios acerca de las manifestaciones no-verbales de sumisión (o no asertivos). Hace una lista de ellas en el rotafolio. (Usualmente los comentarios incluirán componentes tales como contacto visual, posturas, expresiones faciales e interacción distante)

V. Después de que todas las respuestas son registradas por el Facilitador, los participantes cambian de su comportamiento de sumisión a uno de agresividad. Nuevamente, se les dice que piensen en el comportamiento de la persona más "agresiva" que hayan visto utilizando el salón en la forma que lo deseen para desempeñar su papel agresivo con actitudes no-verbales. La única restricción que existe es que no haya abusos físicos o destrucción de propiedad.

VI. Al final de los cinco minutos, el Facilitador ordena permanecer en una "posición de estatuas" mostrando un comportamiento agresivo y mirando a su alrededor para observar similitudes en el comportamiento de otros miembros.

VII. Posteriormente se solicitan comentarios acerca de las similitudes de los comportamientos no verbales que se observaron y que estén relacionados con la agresividad, anotando los comentarios en el rotafolio.

VIII. El Facilitador describe las características del comportamiento de una persona "asertiva", enfocándose en los componentes no verbales. ("La persona asertiva establece buen contacto visual, se para confortable pero firmemente en sus dos pies con sus brazos colgando a los costados. La persona asertiva defiende sus derechos al mismo tiempo que respeta los de los demás, está consciente de sus sentimientos y los maneja tan pronto se le presentan, trata sus tensiones y las dirige en forma constructiva". Se puede añadir: "La persona asertiva hace frases

con "YO", usa palabras cooperativas, construye oraciones que enfatizan su interés y busca equilibrio en el poder")

IX. El Facilitador dirige a los participantes para que piensen en una persona que hayan observado y que se adapte lo mejor posible a la descripción de una persona asertiva y representen el comportamiento de esa persona en forma no verbal.

X. Después de cinco minutos, se da la orden de "quédense como estatuas" como se hizo con anterioridad y que observen y comparen la conducta de los demás.

XI. Se lleva a cabo una discusión conducida por el Facilitador sobre las diferencias entre los comportamientos, sumisas, agresivas y asertivas haciendo una lista en el rotafolio. Se puede hacer una comparación de esta lista con las respuestas originales que se anotaron en el paso I.

XII. El Facilitador dirige una discusión sobre la aplicación del comportamiento asertivo en las situaciones cotidianas. Se alienta a los participantes a discutir situaciones en las que ellos son generalmente asertivos y otras en las que les gustaría ser más asertivos.

XIII. El Facilitador guía un proceso para que el grupo analice, como se puede aplicar lo aprendido en su vida.

## **Anexo 7**

"BRAINSTORMING" o LLUVIA DE IDEAS (Técnicas y dinámicas para trabajar en grupos, 2008)

En la lluvia de ideas, los miembros del grupo aportan, durante un tiempo previamente establecido, por ejemplo, diez minutos, el mayor número de ideas posibles sobre un tema o problema determinado. Interesa, en primer lugar, la cantidad de ideas; conviene que las aportaciones sean breves, que nadie juzgue ninguna, que se elimine cualquier crítica o autocrítica y que no se produzcan discusiones ni explicaciones.

Cuando se ha terminado el tiempo previsto para la lluvia de ideas, colectivamente o por subgrupos se pueden retomar las aportaciones de una en una y escoger aquellas que se consideren más útiles según los objetivos establecidos.

Preparación:

El tema: el terapeuta señala el tema, que debe ser simple y claro, formulándolo en forma de pregunta, por ejemplo: ¿Qué podríamos hacer para introducir un nuevo producto en el mercado? (definir el tipo de empresa, contexto Socioeconómico, tipo de producto). El terapeuta puede proponer otro tema que sea de su agrado, de preferencia que esté enfocado al ámbito laboral.

Reglas del juego:

- No se permite la crítica: no se puede discutir ninguna idea, ni poner en tela de juicio lo que otro ha dicho. Sólo se puede reaccionar a lo que los demás dicen produciendo otra idea o aportando otra solución.
- Se trata de producir cantidad; es decir, exponer el mayor número de ideas sin preocuparse de si son o no posibles, realistas o de las dificultades que entrañe su puesta en práctica.
- Las ideas que uno aporta pueden inspirarse en lo que otros han expresado, o pueden venir por asociación con una idea dicha anteriormente; debe dejarse campo libre a la imaginación.

Selección de ideas: Criterios de selección: posibilidades de realización, originalidad y eficacia para resolver el problema.

Métodos de selección:

- Se escriben las ideas en la pizarra.
- Cada uno va poniendo un + o un - en las ideas que le parecen aceptables o no.
- Después de un cómputo general, se entabla un diálogo general en el grupo sobre: ¿cuáles serán las más adecuadas?

Papel del terapeuta:

- Tener cuidado de la definición precisa del tema
- Clarificar las condiciones de participación -brevedad, máxima cantidad de ideas, exclusiones de críticas y garantizar que se cumpla.
- Controlar el tiempo.
- Proponer la manera de tomar por escrito las diversas aportaciones.
- Definir la manera de seleccionar las ideas más útiles -en gran grupo, en subgrupo o en comisiones.

## Anexo 8

### Modelo rápido de solución de problemas (D´Zurilla y Nezu, 1999).

**Paso 1.** Realiza lo siguiente:

- a) Toma una respiración profunda y tranquilízate.
- b) Considera que no hay una catástrofe inmediata.
- c) Piensa en este problema como un reto.
- d) Di: “puedo manejar esto”.
- e) Detente y piensa (evita acciones impulsivas).

**Paso 2.** Realiza las siguientes preguntas:

- a) ¿Cuál es el problema? (establece una discrepancia entre “lo que es” y “lo que debería de ser”).

Lo que es: \_\_\_\_\_

Lo que debería de ser: \_\_\_\_\_

- b) ¿Qué es lo que quiero lograr? (establece el objetivo)

\_\_\_\_\_

- c) ¿Por qué quiero logara este objetivo? (ampliar objetivo si es necesario)

\_\_\_\_\_

**Paso 3.**

- a) Piensa en una solución.
- b) Ahora piensa en varias soluciones alternativas (2 o más). A mayor número de alternativas, más posibilidades de encontrar la “mejor solución”.

**Paso 4.**

- a) Piensa en el criterio más importante para evaluar las soluciones: ¿se alcanzará mi objetivo?, ¿qué efectos positivos y negativos tendrá para mi y en otros?, ¿cuánto tiempo y esfuerzo requerirá?
- b) Elige la solución que parezca mejor.
- c) Piensa en alguna forma de mejorar la solución.

**Paso 5.**

- a) Lleva acabo la solución
- b) ¿estás satisfecho con el resultado? (si no inicia desde el paso 2).

## **Anexo 9**

### **DINÁMICA EL GERENTE DE MARCA ( Gerza, 2012)**

#### **DESARROLLO**

- I. El Facilitador reparte a los participantes la lista de actividades que usted, como Gerente de Marca de la Compañía J & E (que se dedica a la manufactura de productos domésticos), debe realizar.
- II. Una vez leídas las actividades a realizar, el Facilitador les indica a los participantes que éstas deben ser registradas en su agenda (hoja de respuestas "1"), de tal forma que todas las actividades sean llevadas a cabo en el tiempo requerido.
- III. Realizada la actividad anterior, el Facilitador pide a los participantes que se reúnen en grupos de cinco personas y discutan las agendas individuales y se nombra un coordinador que exponga la opinión del grupo (llenado de hoja de respuestas "2").
- IV. Los coordinadores presentan las opiniones de sus respectivos grupos y las razones por las cuales se llegó a esa disposición del tiempo.
- V. El Facilitador guía un proceso para que el grupo analice, como se puede aplicar lo aprendido en su vida.

## HOJA DE TRABAJO

## EL GERENTE DE MARCA

## INSTRUCCIONES

Usted es gerente de marca de la Compañía J & E, la cual se dedica a la manufactura de productos domésticos y está localizada en Xochimilco. Usted tiene que realizar un viaje urgente a la ciudad de Washington D.C. por un lapso de un mes; su avión sale a las 9 p.m. En este momento son las 9 de la mañana y tiene que administrar su tiempo de tal manera que pueda desempeñar las actividades que a continuación se detallan, antes de partir a su destino. Si se considera necesario, algunas de las actividades que se señalan pueden ser suspendidas o delegadas. Asimismo, le recordamos que usted cuenta con el soporte de una secretaria para el desempeño de sus funciones.

LISTA DE ACTIVIDADES	DURACIÓN
1. Junta para evaluar rediseño de empaque con el Departamento de Ingeniería Industrial.	(60 minutos)
2. Analizar resultados de la marca durante el último mes, y dictar acciones correctivas si es necesario.	(120 minutos)
3. Llamada del Gerente General solicitando informes sobre la marca.	(10 minutos)
4. Reunión con el Gerente de Grupo para evaluar proyectos en proceso.	(60 minutos)
5. Reunión con el Consejo Directivo para tratar últimos detalles de su visita a Washington	(90 minutos)
6. Salir a comer con el Ejecutivo de Cuenta de la Agencia de Publicidad, para discutir una nueva estrategia de comunicación.	(120 minutos)
7. Llamar al proveedor "X" para darle unos cambios en el diseño del exhibidor que se está fabricando	(10 minutos)
8. Pagar tarjeta de crédito en el banco.	(30 minutos)
9. Elaborar documento en el que se señale la nueva política de exhibición de la marca en el canal de autoservicios.	(30 minutos)
10. Hablarle a su mamá para despedirse.	(10 minutos)
11. Ir a la planta para checar problemas de producción.	(40 minutos)
12. Durante el día usted tendrá que realizar distintas llamadas personales	(60 minutos)
13. El Gerente de Ventas de su Compañía le informa que se encuentra con él el Gerente de Compras de las tiendas de autoservicio "Aurrera" y que se llevará a cabo una junta de	(120 minutos)

trabajo en la que se discutirán distintos aspectos sobre la exhibición y material punto de venta que afecta a su marca.	
14. Debe de llevar, hoy mismo, documentos urgentes al Departamento de Finanzas	(20 minutos)
15. Le recordamos que usted necesita llegar al aeropuerto 1:30 horas antes de que salga su avión para registrarse. Regularmente de su Compañía al aeropuerto se hacen 30 minutos de camino.	
<p>NOTA:</p> <p>No existe ninguna restricción en cuanto al orden de las actividades. Las actividades que aparezcan en esta hoja de instrucción y se omitan en la "Agenda" deben de especificarse quién las va a realizar o por qué se omitieron.</p>	

**HOJA DE RESPUESTAS 1.****AGENDA (INDIVIDUAL)**

<b>ACTIVIDADES A REALIZAR</b>	<b>HORARIO</b>
1.	.
2.	.
3.	.
4.	.
5.	.
6.	.
7.	.
8.	.
9.	.
10.	.
11.	.
12.	.
13.	.
14.	.
15.	.

<b>HOJA DE RESPUESTAS 2.</b>	
<b>AGENDA (DISCUSIÓN EN GRUPO)</b>	
<b>ACTIVIDADES A REALIZAR</b>	<b>HORARIO</b>
1.	.
2.	.
3.	.
4.	.
5.	.
6.	.
7.	.
8.	.
9.	.
10.	.
11.	.
12.	.
13.	.
14.	.
15.	.