

Handwritten signature
Lic. B.

16 08

A **UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS**

ya usado
re-e-u

Handwritten signature
Director. Tc.



FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

Handwritten signature
Bosario Bajar
Tribunales

CARRERA DE PSICOLOGÍA

***"EL ADIESTRAMIENTO PARA EL CONTROL DEL ESTRÉS EN
PACIENTES PRE-OPERATORIOS CON PARAPLEJÍA EN EL SERVICIO
DE NEUROCIRUGÍA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS UNIVERSITARIO"***

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIATURA EN
PSICOLOGIA

PRESENTA

NATIVIDAD MAXIMA SUELDO BALDIVIEZO

ASESOR

Lic. BISMARCK PINTO TAPIA

LA PAZ - BOLIVIA - 1998



Dedicado a la memoria de:

mi querida amiga Silvia,

*mis compañeros **Johnny y Betty***

AGRADECIMIENTOS

A Dios por haber incluido al hombre dentro de las maravillas de la creación.

A mis padres Jorge y Martha por haberme dado /a vida y todo su cariño.

A mí esposo Rail porque COI su apoyo y comprensión me ha demostrado su amor.

A mis hijos Javier, Ricardo, Cecilia y Lucia por haberme permitido utilizar el tiempo que les correspondía.

Al Lic. Bismarck Pinto Tapia por ser mi profesor guía en la elaboración del presente trabajo, y ser la persona que con su profesionalismo me ha ido motivando para culminar la carrera.

mis catedráticos por haberme transmitido sus conocimientos, a mis compañeros porque con su confianza y cariño han hecho que estos años en la universidad sea una de las mejores etapas de mi vida

A Porfirio Tintaya, Ninoska Ocampo y Carla Velasco amigos y auxiliares de docencia que me han brindado su amistad, su tiempo y su colaboración

A la Universidad Mayor de San Andrés por los altos que me ha cobijado en sus aulas y por haberme permitido seguir la carrera de psicología.

Para finalizar al personal del servicio de Neurocirugía del Hospital de Clínicas Universitario que me permitieron realizar el trabajo de investigación

RESUMEN

El problema planteado en éste estudio fue: ¿El adiestramiento para el control del estrés, a través de técnicas cognitivo-conductuales, facilitará el manejo adecuado del estrés en pacientes parapléjicos?

Se trabajó con tres sujetos, pacientes internos en el Servicio de Neurocirugía sala varones del Hospital de Clínicas Universitario, cuya única característica que se requería era que sean pacientes parapléjicos.

El método que se utilizó fue el cuasi-experimental hipotético deductivo. El diseño que se utilizó fue el de pre-test, tratamiento, post-test con sujeto control, cuyo procedimiento se realizó en tres fases. Los instrumentos utilizados fueron: un inventario de síntomas del estrés, entrevistas, técnica de relajación progresiva, terapia racional emotiva y visualización de imágenes.

Durante las entrevistas preliminares se pudo observar la falta de información en los sujetos respecto a las reacciones negativas que produce el manejo inadecuado del estrés, tanto fisiológicamente como psicológicamente.

Se llegó a la conclusión que la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales, facilitan el manejo del estrés en pacientes parapléjicos, además que esto implica que el sujeto aprenda a evaluar y afrontar la situación adecuadamente, para que pueda encontrar un nuevo sentido de vida y así lograr su

adaptación y pronta rehabilitación para su reinserción en el ámbito familiar, laboral y social.

También se llegó a la conclusión que las técnicas cognitivo-conductuales utilizadas para ésta investigación fueron las más adecuadas, ya que han permitido trabajar de manera integral con los sujetos, es decir, en el área cognitiva, emocional y conductual

INDICE

Dedicatoria

Agradecimientos

Resumen

CAPITULO

Página

I.1.	Introducción	i
1.2	Planteamiento del Problema	3
1.3.	Justificación	4
1.4.	Objetivos	6
1.4.1.	Objetivo General	6
1.4.2.	Objetivos Específicos	
1.5.	Hipótesis	7

CAPITULO II

II.	Marco Teórico	8
II.1.	Paraplejía	8
11.2.	Ajuste Psicológico	9
11.3.	Deterioro de la movilidad	13
11.4	Estrés	15
11.4.1.	Definición	15
11.4.2.	Características del Estrés	16
11.4.3.	Efectos que produce el Estrés	17
11.4.4.	Tipos de Estrés	19
11.4.5.	Variabilidad de los niveles de Estrés	21
11.4.6.	Causas del estrés	21
11.4.7.	Estrés en determinado tipo de personas	25
11.4.8.	Modelo cognitivo del estrés	26

11.5.	Procesos Cognitivos y Estrés	33
11.5.1.	Proceso Cognitivo de Evaluación	33
11.5.2.	Proceso Cognitivo de Afrontamiento.....	36
11.5.3	Percepción	38
II.5.4	Pensamiento	39
11.5.5	Emoción	40
11.6.	Inteligencia Emocional	43
11.7.	Teoría del aprendizaje del signo de Tolman	4 ⁷
11.7.1.	Teoría del aprendizaje del signo y estrés	49
11.8.	El sentido de la vida	50
11.8.1.	El sentido de la vida y Estrés	54
11.9.	Pensamientos racionales e irracionales.	55
11.10.	Pensamientos positivos y negativos--...	58
II.11.	Técnicas Cognitivo-Conductuales para el tratamiento del Estrés	60
11.11.1.	Relajación	61
II.11.2.	Terapia Racional Emotiva	62
11.11.3	Visualización	ca
CAPITULO	III	
III	Método	67
221.1.	Sujetos	67
111.2.	Marco Espacial	67
111.3.	Marco Temporal	68
111.4.	Instrumentos	68
111.5.	Variables	70
111.5.1.	Variable independiente	70

111.5.2.	Variable dependiente	70
111.5.3.	Variable mediacional	70
111.5.4	Operalización de variables	71
111.5.5.	Diseño	72
III.5.6.	Procedimiento	24
111.5.7.	Descripción	8'

CAPÍTULO IV

IV	Análisis de los resultados	101
----	----------------------------------	-----

CAPÍTULO V

V.	Conclusiones y Discusión.....	1 n
----	-------------------------------	-----

Referencias Bibliográficas	125
----------------------------------	-----

ANEXOS

- Inventario de Síntomas del Estrés
- Historia Clínica
- Hoja de pensamientos irracionales

CAPÍTULO I

I.1. INTRODUCCIÓN

El ser humano cada día se enfrenta a numerosos acontecimientos agradables y desagradables, estos pueden provenir del exterior o del interior del individuo presentándose como estímulos generadores de estrés para los cuales se utiliza el término "P. C. F. R. nrac". (Alvarez González (1989)).

Los acontecimientos estresantes van exigiendo al ser humano una serie de cambios produciendo alteraciones fisiológicas, psicológicas y conductuales que el individuo debe adaptar a su vida cotidiana.

De ninguna manera se debe considerar a una persona como estresada debido a este significado de la evaluación cognitiva de cada persona, de cómo organiza la información y de cómo integra las experiencias en su vida. (Lazarus (1989)).

Según Lazarus y Cohen, hay tres tipos de acontecimientos estresantes: cambios mayores que se refieren a catástrofes y a un número de personas que afectan a una persona a unos pocos y los ajetreos diarios.

Dentro de los acontecimientos estresantes los que no pueden ser controlados por el individuo, como el divorcio, la muerte de un ser querido, una enfermedad, un accidente, perder la

fuentes de trabajo, otros acontecimientos pueden estar influidos por el propio individuo, como un divorcio, el dar a luz, etc.

No sólo los acontecimientos negativos pueden ser generadores de estrés de acuerdo a (Holmes y Masuda 1974), ellos mantienen la teoría de que cualquier cambio sea positivo o negativo puede tener un efecto estresante. Lazarus (1986).

Otra de las consideraciones que se debe tener en cuenta, es que no depende de la magnitud del acontecimiento para que sea estresante como el divorcio o el fallecimiento de un ser querido, sino que pueden ser más importantes en el proceso de adaptación aquellas molestias que se sufre a diario.

Tomando en cuenta las consideraciones anteriores se puede ver que en todo momento las personas están frente a acontecimientos generadores de estrés, por esta razón se debe tener muy en cuenta la importancia que tiene para la persona aprender a controlar el estrés, especialmente cuando el acontecimiento estresor amenaza no sólo física y psicológicamente a la persona sino que la va a incapacitar, como es el caso de personas que sufren un accidente tienen que ser intervenidas quirúrgicamente debido a que el diagnóstico médico es el de paraplejía. Estas personas que sufren esta enfermedad pierden la movilidad y sensibilidad de sus miembros inferiores y de ser personas independientes pasan a ser personas dependientes.

Frente a éste tipo de situaciones que se les presentan a las personas, los procesos cognitivos, fisiológicos y conductuales se desestructuran, presentándose síntomas propios

del estrés como: pensamientos irracionales, pensamientos negativos, tensión muscular, miedo, sudoración, dolor de cabeza, irritabilidad, falta de apetito, dificultad para dormir, los cuales no permiten que las personas afronten y evalúen adecuadamente la situación en que se encuentran.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Es frecuente oír decir a pacientes que han sufrido un accidente y que tiene que ser intervenidos quirúrgicamente que sienten miedo, dolor de cabeza, que no pueden dormir y que les preocupa la situación en que se encuentran porque no saben si después de la operación quedarán bien. Es en ese momento que se puede decir que los pacientes con éstos síntomas se encuentran estresados y no saben como controlar el estrés.

Este también es el caso de pacientes parapléjicos que no sólo se encuentran amenazados físicamente por la inmovilidad de sus miembros inferiores, sino también psicológicamente por la incertidumbre en que se encuentran.

El estrés viene a ser un problema en pacientes hospitalarios y en cualquier tipo de personas cuando estas no pueden controlar y éste interfiere en la vida de la persona. Cada persona tiene un nivel rango de tolerancia del estrés, para que la persona no salga de éste nivel dependerá del control y del manejo adecuado del mismo.

Es muy importante recordar que el control y el manejo adecuado del estrés permite a los pacientes una mejor aceptación y adaptación en cuanto a su situación presente y

futura. Al mismo tiempo el control del estrés permite cambiar los pensamientos irracionales y negativos, por pensamientos racionales y positivos.

Por las características mencionadas respecto al estrés y considerando que es una respuesta a toda exigencia de cambio o adaptación que produce un estado de tensión o amenaza provocando un desequilibrio tanto psicológico como fisiológico en la vida de la persona es que se plantea el problema de la siguiente manera: "¿El adiestramiento para el control del estrés, a través de técnicas cognitivo conductuales, facilitará el manejo adecuado del estrés en pacientes parapléjicos?".

1.3. JUSTIFICACIÓN

En la mayoría de las personas que tienen que ser hospitalizadas por una enfermedad o por algún accidente se le presenta el estrés como un interferente que no les permite: aceptar, evaluar, afrontar, ni seguir todo el proceso que implica éste tipo de situaciones.

Debido a lo mencionado anteriormente es que se considera de mucha importancia el estudio planteado, porque éste ayudará a un manejo adecuado del estrés a pacientes parapléjicos, si, se toma en cuenta que estos no sólo se ven amenazados física y psicológicamente, sino que además pierden la movilidad de los miembros inferiores, y esto hace que pasen de ser personas independientes a personas dependientes.

Otro de los aspectos que dio lugar a plantear éste estudio fue, el querer conocer cómo se cuestionan los pacientes

paraplégicos cuando saben que no volverán a caminar, pero que esa pérdida es más subjetiva, debido a que sus miembros inferiores están presentes.

Por otra parte la investigación permitirá trabajar con la reestructuración de los procesos cognitivos de los pacientes parapléjicos, para que estos puedan pensar, sentir, y tener una conducta adecuada frente a situaciones de pérdida y amenaza.

Se sabe que el hombre en su vida cotidiana se tiene que enfrentar a diferentes estresores pero no siempre sabe como afrontar cada una de las situaciones y es en ese momento que se le presenta un estrés negativo que interfiere en la vida de la persona. Por tal razón es que se considera de mucha importancia que las personas aprendan el manejo adecuado del estrés frente a cualquier situación que se les presente.

En nuestro país son varios los profesionales que han realizado investigaciones referidas a la salud mental de las personas, debido a que es una prioridad dentro de toda sociedad mantener la misma. De estas investigaciones a continuación se citarán algunas:

Castañon (1991) en su libro Emoción y Estrés presenta un manual para el conocimiento y manejo del estrés, presenta un tratado sistematizado. Según Castañon, el estrés era visto como un atrevido sinónimo de malestar y enfermedad, pero hoy ha adquirido una nueva **perspectiva**: el organismo reacciona regularmente ante los estímulos con eu-trés o distres, pero eso no significa que rompa necesariamente el equilibrio e imprescindiblemente llegue a la enfermedad.

Castañon al referirse a la incidencia del estrés en el mundo dice: "Vivimos en una época especial como fueron otras en diferentes momentos de la historia de los hombres probablemente. Importa empero conocer aquello que incide y nos afecta, consciente o inconscientemente. En la medida que conozcamos aquello con lo cual nos encontramos, posiblemente orientemos por mejores vectores nuestro comportamiento." Pág. 23.

Martínez (1997). En su Tesis " Actitud médica en la intervención de la salud mental en la ciudad del Alto" considera muchas definiciones cuando se refiere salud, pero la que le parece muy importante es la de La Organización mundial de la salud (OMS), que define "salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, por lo cual una de las funciones es promover la salud mental y las relaciones humanas armónicas". Pág.2.

1.4. OBJETIVOS.

1.4.1. OBJETIVO GENERAL.

- Identificar los efectos de la aplicación de las técnicas cognitivo - conductuales para el control del estrés, en pacientes con paraplejía.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los pensamientos irracionales que manifiestan los pacientes con paraplejía.
- Adiestrar a los pacientes con paraplejía en el control del estrés a través de técnicas cognitivo conductuales.
- Encontrar las diferencias entre los pensamientos irracionales y la pérdida de sentido de vida de los pacientes con paraplejía.

1.5. HIPOTESIS.

"La aplicación de técnicas cognitivo conductuales facilitan el manejo del estrés en pacientes parapléjicos."

CAPÍTULO II

II. MARCO TEÓRICO

II.1. PARAPLEJÍA

La paraplejía es un tipo de parálisis simétrica de las extremidades inferiores debido a lesiones en la medula espinal. Chusid (1983).

El paciente parapléjico pierde la movilidad y sensibilidad de los miembros inferiores, el nivel sensitivo es el que determina a que altura se encuentra la lesión.

Este tipo de parálisis implica el deterioro de las funciones sexual, vesicular e intestinal. El paciente pierde el control y se produce una incontinencia urinaria e intestinal. Servoos, M.D. (1988).

Otras complicaciones que se presentan en pacientes parapléjicos son la aparición de escaras debido a la falta de movilidad y ausencia de sensibilidad dolorosa que no permite que estos se defiendan. Si las escaras no son curadas a tiempo pueden pasar a necrosis de los tejidos con ulceraciones de tamaño variable que pueden llegar a afectar a los huesos. La infección urinaria es otra de las molestias por las que deben pasar los pacientes parapléjicos.

Con la sintomatología neurológica se encuentran alteraciones sistémicas que colocan al enfermo en condiciones

de inferioridad y que en no pocas ocasiones son la causa de la muerte. Castaño, (1990). Fundamentos de medicina.

11.2. AJUSTE PSICOLOGICO

Krueger(1988) se refiere a que las personas desde el momento que nacen siguen una secuencia para llegar al dominio de sus cuerpos, su realidad y sus emociones.

Es importante reconocer que no son solo los niños y los viejos quienes han de luchar por dominar sus cuerpos, sino que también se van a preocupar por dominar sus cuerpos los incapacitados físicos. En una situación de incapacidad física pierde su adaptación a lo que antes se consideraba como cosa hecha, como conductas automáticas debido a que estas desaparecen (caminar, pararse, inclinarse) ya no se dan por supuestas. La persona por esta nueva situación en que se encuentra debe cambiar su ciclo de vida y ver desde otra perspectiva.

Parecen quedar reducidos traumáticamente a unos instantes en el caso de una incapacidad física, el proceso de adaptación y de duelo, los cuales siguen una secuencia que dura toda una vida y que permiten que las personas se adapten al envejecimiento y la disminución de todas sus funciones. Se puede decir lo mismo de las tareas, tanto emocionales como físicas y de la rehabilitación que también han de considerarse.

Para la rehabilitación de la persona se debe tomar muy en cuenta el paso de ésta por las fases de ajuste psicológico que

le permitirán una adaptación y progreso en un momento de traumatismo e incapacidad física.

Según Krueger (1981-1982) las fases son cinco y pueden estar presentes de una u otra forma. Es importante saber que estas fases no se presentan de manera nítidas, precisas y progresivas.

Los obstáculos para la rehabilitación emocional dependen mucho de la persona y de la persistencia en una de estas fases que impida seguir el proceso.

Las cinco fases se pueden definir como:

- a) Shock
- b) Rechazo
- c) Reacción depresiva
- d) Reacción contra la independencia
- e) Adaptación

a) Shock.

El Shock es la primera fase de ajuste psicológico por la que debe pasar la persona que sufre un traumatismo e incapacidad física. En esta fase la persona es incapaz de comprender la gravedad de lo sucedido y se encuentra en una incertidumbre total. La persona puede estar afectada tanto emocionalmente como físicamente y esta fase puede durar desde unos minutos hasta varios días.

b) Rechazo.

La fase de reacción de rechazo viene a ser una reacción lógica, ya que aceptar un cambio repentino y riguroso en su propia imagen corporal y en el concepto que tiene la persona de sí mismo escapa a la capacidad de muchas personas.

Se debe considerar que el rechazo es un mecanismo de defensa de las personas necesario en las fases de recuperación. El período de la fase de rechazo no tiene un tiempo determinado, este puede ser prolongado por unos días o varias semanas, aun en el caso que el proceso de adaptación de la persona sea normal.

Según Horowiitz y Kaltreider (1977) la persona se niega a aceptar la gravedad del defecto o que este sea irreversible, no pierde la esperanza de que en el futuro podrá solucionarse la incapacidad.

El rechazo da lugar a que la persona actúe como si nada hubiera pasado, como si no hubiera sufrido pérdida alguna. La aceptación y el rechazo por las que pasa la persona no son radicales, sino que tienden a oscilar con arreglo a una pauta que responde a rasgos individuales.

Es muy importante transmitir una esperanza realistas sin reforzar el rechazo o la falta de adaptación.

c) Reacción depresiva.

El duelo y la depresión surgen luego que en la fase de rechazo la persona va reconociendo y comprendiendo gradualmente el alcance de la pérdida o enfermedad. Entonces el rechazo se produce sobre la realidad del acontecimiento.

En esta fase de la depresión la persona puede tener reacciones adversas de hostilidad y de culpabilidad hacia todos debido a la pérdida que sufre.

La depresión viene a ser una respuesta normal, es de esperar como reacción ante una enfermedad grave o ante la pérdida de una parte del cuerpo o de una función. La ausencia de una reacción depresiva debe servir de alarma ya que indica que no se ha reconocido emocionalmente la realidad de la pérdida.

Steiger (1977) indica que las depresiones causadas por la incapacidad física están más basadas en la realidad, que aquellas depresiones fundadas en mecanismos neuróticos de culpabilidad, hostilidad latente o vanidad narcisista.

d) Reacción contra la independencia.

A medida que la persona va progresando en su rehabilitación y cuidado de sí mismo hasta el punto de lograr independencia y ser dado de alta del hospital, puede producirse la reacción contra la independencia debido a que la persona no sabe que decisión es la mejor, si la de sustituir el ambiente

hospitalario que lo protege y lo tiene seguro por la incertidumbre de volver a su casa.

Esta reacción contra la independencia que adopta la persona se debe al momento de estrés que está pasando, especialmente en el caso de un ataque a la integridad corporal y emocional. Cualquier tipo de estrés da lugar a un incremento en el uso de los mecanismos de defensa.

e) Adaptación.

La adaptación de la persona depende de la capacidad que tenga de afrontar su situación y de las estrategias destinadas a solucionar problemas y a reducir estrés.

Un enfoque inicial consiste "en valorar las estrategias que para afrontar su situación ha utilizado la persona en anteriores estados de estrés". Stewart (1978). Krueger(1988). Pág.28.

Las estrategias predominantes para afrontar una situación deben estar dirigidas al área afectiva, área de comportamiento y al área cognitiva.

11.3. DETERIORO DE LA MOVILIDAD

Lo que indica Servas en el libro Psicología de la Rehabilitación de Krueger (1988) cuando se refiere al deterioro de la movilidad como en el caso de un paciente parapléjico, es que trae consigo consecuencias psicológicas debido a muchos factores que se deben considerar el momento del ciclo vital de

la persona en que apareció la lesión, la naturaleza de la misma, en que circunstancias se produjo, la importancia de las partes afectadas y que implicaciones tiene, ya que el efecto sobre la salud general del individuo influyen en el ajuste psicológico de éste.

"Las diversas partes del cuerpo que pueden estar afectadas tendrán posiblemente su importancia psicológica específica" Stewart y Possier. (1978) Krueger (1988). Pág. 292.

Por ejemplo, la parálisis de los miembros inferiores como en el caso de la paraplejía implica el deterioro de las funciones sexual, vesicular, e intestinal, lo que para el paciente significa algo más que perder la movilidad y un control deficiente del esfínter. Estas pérdidas no sólo son funcionales sino también es perder la independencia, es un poco retroceder en el desarrollo y situarse en la niñez como cuando aprendía a caminar. Es ese volver a mirar hacia arriba pero ya ligado a una silla de ruedas, este cambio influye en la autoestima del paciente debido a la sensación de inutilidad.

"Resulta claro que la persona que sufre una lesión en la médula espinal tiene ante sí tareas de gran peso". Krueger (1988). Pág.293. Dentro de estas tareas están las de poder controlar su malestar interno, mantener las esperanzas de recuperación de las funciones, trabajar en ello hasta alcanzar un máximo, restablecer las relaciones sociales para conseguir la aceptación de los demás.

11.4. **ESTRÉS**

11.4.1. **Definición.**

Sin duda alguna el término estrés a merecido el estudio de muchos científicos, es por ésta razón que se pone a consideración algunas definiciones descritas por los autores:

Selye (1954 - 1960) según su teoría del estrés formulada en sus primeras versiones, como en otras versiones 1983, entiende al estrés como la respuesta no específica del organismo. Selye define el estrés "como el estado que se manifiesta por un síndrome específico, consistente en todos los cambios **inespecíficos** inducidos dentro de un sistema biológico. Así el estrés tiene sus formas y composición características, pero ninguna causa particular". Alvarez González (1989). Pág. 11.

Según Castañon (1991) los estudios que realizó Selye han dado al estrés el status de tema científico, pues es una de las entidades que más compromete al ser humano en su integridad. El estrés para este autor emerge cuando el ambiente interior o exterior del organismo es alterado de alguna manera, por lo cual si las condiciones ambientales cambian, en algún grado, el organismo se debe adaptar, desplegando recursos importantes. Esa capacidad fue denominada por Selye como "Síndrome General de Adaptación", un recurso importante que permite responder a los estresores a través del despliegue de mecanismos importantes.

Para autores como McKay, y otros (1985) el síndrome del estrés se define como una combinación de tres elementos el ambiente, los pensamientos negativos y las respuestas físicas. La interacción de estos tres elementos hacen que la persona reaccione y se sienta ansiosa, colérica o deprimida.

Lazarus y Folkman definen el estrés como "la relación particular entre el individuo y el entorno" que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar (1986). Pág.43.

Considerando las definiciones anteriores se puede llegar a lo siguiente:

El estrés es una "respuesta a toda exigencia de cambio o adaptación que produce un estado de tensión o amenaza, provocando un desequilibrio tanto fisiológico como psicológico en la vida de la persona". Las situaciones que exigen un cambio o adaptación en la vida de las personas son denominadas **estresores**.

11.4.2. CARACTERÍSTICAS DEL ESTRÉS.

Dentro de las características principales se encuentran las siguientes:

- Que está clínicamente presente en toda aquella actividad en que el ser humano produce un nivel de reacción de pensamiento y de emoción.
- Que en la reacción involucra a todos los tejidos y órganos del ser humano.

- Que como producto de la relación hombre - ambiente puede convertirse en un elemento interferente o facilitador en la emisión de respuestas. Al convertirse en interferente puede afectar tanto al área cognitiva como emocional o producir **daño biofísico**.
- Otra de las características del estrés es que intervienen desde los mecanismos básicos **pre-atencionales** hasta los mecanismos de pensamiento abstractos y complejos que desarrolla el ser humano.

II . 4 .3 . EFECTOS QUE PRODUCE EL ESTRÉS.

Según la teoría de Selye la respuesta del estrés esta constituida por tres etapas que dan lugar al Síndrome General de Adaptación (SGA). El SGA es la consideración de la respuesta de estrés mantenida en el tiempo. Las etapas son: de reacción de alarma, de resistencia y de fatiga.

a) Reacción de alarma, es la reacción que produce un incremento en el estado orgánico, esto sucede cuando el organismo es expuesto repentinamente a diversos estímulos a los que no esta adaptado. Es la reacción inicial del organismo. Esta etapa tiene dos fases de choque y contrachoque.

b) La fase de choque es la reacción inicial e inmediata al estímulo nocivo, son síntomas típicos de ésta fase la taquicardia, la pérdida del tono muscular, la disminución de la temperatura y la disminución sanguínea.

c) La fase de contrachoque es una reacción de rebote, es decir, de defensa contra el choque, durante la cual se produce agrandamiento de la corteza suprarrenal con signos de hiperactividad, hipertensión, hiperglucemia, diuresis, etc. Muchas de las enfermedades asociadas al estrés agudo corresponden a estas dos fases de la reacción de alarma. Sardin (1995). Pág. 6

d) La etapa de resistencia, en esta etapa el organismo establece una meseta, debido a que ningún organismo puede mantenerse en un estado de alarma por mucho tiempo. En esta etapa se produce adaptación del organismo al estresor nocivo junto con la mejora y desaparición de los síntomas. Es muy importante el papel que juega la capacidad del umbral de tolerancia de cada persona.

e) Etapa de agotamiento o refracción, esta etapa comienza cuando la curva de la tensión provocada por la resistencia empieza a bajar. El agotamiento llega si el estresor es suficientemente severo y prolongado.

f) Estas etapas pueden repetirse varias veces en un solo día conforme se presentan nuevos estresores.

II.4.4. TIPOS DE ESTRÉS.

Según Selye (1974) diferenció dos tipos de estrés: denominó EUSTRESS (estrés positivo), a aquél estrés que promueve el crecimiento y el desarrollo, el estrés positivo es el bueno el adecuado.

Estrés positivo o eutrés, es aquel que permite desarrollar altos niveles de ejecución y de satisfacción. Permite que el individuo organice un sistema de vida armónico. El estrés positivo es el que permite un equilibrio en el funcionamiento del organismo y su adaptación con el medio, además es el que permite un ajuste y afrontamiento a los diferentes tipos de estresores que se presentan en la vida diaria de la persona. Según Selye el estrés bueno presupone cierta cantidad de estrés favorable.

El segundo tipo Selye denominó DISTRESS, estrés negativo, patogénico. Es aquél que perturba el proceso de crecimiento y lleva al individuo a la enfermedad.

"Distrés, es una estado disarmónico entre la persona y la realidad externa, es una dosis excesiva de estrés". Selye (1974) Alvarez (1989). Pág.15.

El distrés produce enfermedades físicas, problemas cardiovasculares, digestivos, agotamiento físico interfiere con el nivel de productividad. La sensación de avance en la vida es frustrante por su misma organización.

Se puede considerar como factores de influencia negativa que dan lugar a que la persona reaccione con distress, a los prejuicios, el negativismo, el pesimismo, aún cuando un estímulo invita al crecimiento y al acercamiento. Por dicha razón, cuando un individuo afronta la vida como una constante amenaza, la probable consecuencia final para su organismo será la desadaptación y la enfermedad.

El exceso de frustración refracta en su sistema de autovaloración. No permite que la persona desarrolle niveles de responsabilidad, produce alteraciones en el medio ambiente, por sus reacciones coarta la comunicación en el grupo, sus relaciones son conflictivas por su falta de control emocional. La baja autoestima produce disonancias negativas y actúa negativamente.

La recomendación que hacia Selye era la de aprender a reconocer aquél estrés que impulse al crecimiento al ser humano, aún cuando la apariencia parezca confundirlo, daba el ejemplo de cuando un niño que odia la escuela se le exija ir igualmente. Para ello será importante una visión positiva del hombre y su naturaleza.

Si la actitud cognitiva orientase a interpretar los estímulos como proyectados al crecimiento, el resultado tiene más probabilidades de conducir a mejores niveles de rendimiento en una dirección de salud y adaptación.

La actitud que Selye sugirió para el manejo del estrés no imponía la eliminación o sustitución del estímulo estresor, sino que más bien proponía un modelo que viese en el estresor

un desafío constructivo, una meta a alcanzar, un logro en pos de la salud y las posibilidades de crecimiento.

II.4.5. VARIABILIDAD DE LOS NIVELES DE ESTRÉS.

La zona del estrés como se la llama tiene un rango desde el punto de vista psicológico que se encuentra dentro de un promedio de equilibrio y tolerancia.

Cada persona tiene un rango margen de tolerancia respecto al estrés, es decir, que éste rango margen de tolerancia varia en cada persona según los requerimientos sociales, de acuerdo a la competencia social y exigencia del medio en que se encuentra la persona.

II.4.6. CAUSAS DEL ESTRÉS

Cuando se habla de estrés se refiere a una "respuesta a toda exigencia de cambio o adaptación que produce un estado de tensión o amenaza, provocando un desequilibrio tanto fisiológico como psicológico en la vida de la persona."

La causa principal que surge como precipitante para la producción del estrés son los estresores que interfieren en la persona y estos pueden ser de varios tipos.

Por su origen se puede mencionar dos tipos de estresores, internos y externos.

- Estresores internos.- Dentro de este tipo de estresores se encuentra la propia mediación del pensamiento humano, formas de pensamiento, imágenes, sentimientos, procesos de decisión y como componente central está la estructura afectiva.
- Estresores externos.- Dentro de este tipo de estresores se encuentran los estresores psicosociales que tienen una relación directa con la persona, ya que forma parte de la vida diaria, entre estos podemos mencionar a las presiones familiares, laborales, económicas, también entrarían los estresores ecológicos. Para que se produzca distrés con este tipo de estresores la percepción juega un papel preponderante.

Estresores por su intensidad.- Están divididos en micro estresores y macro estresores.

- Micro estresores son aquellos que forman parte del contexto, que en el umbral de la persona hay familiaridad y adaptación, pero que tienen influencia en la persona.

Ejemplos: bocinas, ausencia de luz frío calor, etc. Con el transcurso del tiempo este tipo de estresores alteran el sistema de activación emocional llegando a producir estrés alto.

- Macro estresores son aquellos que producen un impacto en la persona, son cambios inesperados trascendentales o situaciones de pérdida.

Ejemplos: matrimonio, embarazo, pérdida de un familiar, incendio, etc.

Castañon (1991) indica que algunos autores mencionan que no es el estímulo en sí que estresa al individuo, sino el modo que este asume para afrontarlo. Pero el estresor no es siempre una elaboración independiente de la voluntad del individuo, las personas están en grado de convenir un evento en estresor. Escuchar música puede ser placentero, pero si a alguien le gusta escucharla con un volumen extremo, para otra se convertirá en una experiencia estresante.

Según Morris (1990) se debe tomar en cuenta que lo que para una persona es malo para otra puede ser bueno, es así que no toda situación se puede considerar estresante, todo depende de la interpretación, percepción y atribución de la persona y de las circunstancias en que se presenten.

Entran a la categoría de estresores cuando interfieren y demandan un cambio en la vida cotidiana de la persona.

Ejemplos:

- Llegar tarde al trabajo por congestiónamiento.
- Cambiarse de casa.
- Contraer matrimonio.
- Embarazo.
- Perder un familiar.
- Estar enfermo.
- Olvidarse de una reunión.
- Jubilarse.

- Tener examen.
- Logro personal.

Si analizamos los ejemplos anteriores encontraremos no sólo situaciones graves, negativas o de mucho conflicto, sino también aquellas situaciones agradables y simples que son experiencias emocionales que contribuyen a la producción del estrés.

Según Morris (1990) dentro de las causas para la producción del estrés podemos mencionar la frustración, presión, conflicto y el estrés autoimpuesto.

- Frustración es cuando a la persona se le presenta una barrera, es decir, un obstáculo para llegar a la meta, la frustración puede ser ocasionada por personas o ciertas situaciones.

Existen cinco fuentes de frustración que van más allá de Problemas cotidianos y son:

- Las demoras, debido al valor que se le da al tiempo las personas difícilmente aceptan.
- Las pérdidas de seres queridos, de un amor, de una amistad, causan frustración porque hacen que la persona se sienta muy mal.
- El fracaso debido a la competencia social, la persona se encuentra frente a un sentimiento de culpabilidad y se hace responsable de su sufrimiento y decepción.

- La discriminación dentro de la sociedad que es el hecho de negar oportunidades o reconocimiento a la persona por una determinada característica que puede ser: color, edad, religión, clase social, sin considerar las cualidades logros de la persona.
- Conflicto se presenta cuando la persona se encuentra ante dos situaciones que son incompatibles, no hay una sola manera de resolver el conflicto. La persona debe recurrir a una de las situaciones y aceptar el hecho que ninguna de las dos puede alcanzarse plenamente, éste conocimiento es el que intensifica el estrés.
- Estrés autoimpuesto.- es una causa que produce estrés pero que proviene del interior del individuo es decir que la persona tiene creencias irracionales respecto a los sentimientos de afecto y aceptación de las demás personas hacia él y cualquier signo de desaprobación es fuente de estrés. (Ellis y Harper 1975).

Según el profesor Levi (Alvarez 1989), la producción del estrés dependerá de la cualidad de los estresores, es decir, si el estresor es excesivamente placentero o displacentero habrá aumento

II.4.7. ESTRÉS EN DETERMINADO TIPO DE PERSONAS.

Cada persona es un ser diferente, es decir, individual con características propias las mismas que pueden estar determinadas por diferentes factores como: el genético, de adaptación al medio, educativo, de historia familiar, y otros

que ejercen influencia en la percepción del individuo con respecto al mundo exterior y al interior de sí mismo. Por todas las razones expuestas, las reacciones de las personas ante los hechos capaces de producir estrés son muy diferentes, según la interpretación que se les da a los mismos. Morris (1990).

Kessler, Price y Wortman (1985) consideran que depende mucho de las circunstancias el hecho de que una situación parezca productora de estrés o no. La seguridad de la persona en sí mismo le permite ver las situaciones que se le presentan con menos posibilidad que le causen estrés, que aquellas personas que no tiene seguridad en sí mismos. Por ejemplo: aquellas personas que tienen una vida organizada siempre estarán a tiempo en todas sus actividades, a diferencia de aquellas que no administran bien su tiempo estarán en constante tensión.

II.4.8. MODELO COGNITIVO DEL ESTRÉS.

Al mencionar el modelo cognitivo del estrés es muy importante referirse al planteamiento que hace Lazarus en 1966 y el otro planteamiento que hacen Lazarus y Folkman en 1986. Lazarus 1966, en éste su planteamiento respecto al modelo cognitivo del estrés considera las funciones psíquicas superiores en relación con los procesos biológicos adaptativos. Este modelo considera tres clases de procesos: los procesos de evaluación, los procesos automáticos y los procesos de esfuerzo.

1) Procesos de evaluación, estos procesos están determinados por la información que se obtiene sobre el mundo y el

conocimiento de uno mismo a través de las experiencias. Es decir, que los procesos de evaluación son toda información que se reciba tanto del interior como del exterior del hombre lo que les permitirá llegar a la cognición.

2) Procesos automáticos, es muy importante considerar el estilo cognitivo de cada persona y las conductas automatizadas que se dan por medio del aprendizaje. Cada persona tiene una forma de organizar la información y de integrar a sus experiencias antecedentes.

Según Lazarus (1986) una de las características de la psicología cognoscitiva es el peso que asigna a la conducta y sus efectos en la configuración de las cogniciones que el sujeto hace de sí mismo y de la realidad. Por tal razón se considera que la conducta es un agente modificador de los procesos automáticos.

Otra de las características de la psicología cognoscitiva es la de estudiar el modo en que el sujeto racionaliza las cogniciones automáticas.

3) Procesos de esfuerzo, están considerados los de naturaleza dinámica que persiguen objetivos e implican una participación activa, también incluyen operaciones de las que el sujeto puede ignorar.

El modelo de Lazarus considera el estrés como resultado de una evaluación de daño o pérdida, de amenaza o desafío. Dentro de éste modelo el trabajo más importante de Lazarus ha sido el de definir los factores situacionales que hacen probable una evaluación estresante. En este trabajo considera la cualidad de

los estímulos ambientales en función de su capacidad para "suscitar cogniciones estresantes incondicionadas." Lazarus (1986). Pág. 17.

Lazarus y Folkman (1986) cuando deciden escribir en su libro el modelo cognitivo del estrés, se enmarcan en tres objetivos principales: El primer objetivo es presentar su teoría del estrés, tomando como centro de ésta teoría los conceptos de evaluación cognitiva y afrontamiento.

El segundo es desde la perspectiva de su teoría examinar los movimientos del estrés, incluyendo los conceptos de medicina conductual, de emoción, de manejo del estrés y de tratamiento en éste análisis.

En tercer lugar considerando que el estrés, el afrontamiento y la adaptación representan un problema humano individual y colectivo tanto psicológico como fisiológico, es de entender el interés a distintos niveles multidiciplinarios. En éste modelo cognitivo del estrés se toman en cuenta los procesos de evaluación cognitiva debido a que no toda situación produce estrés en las personas y los grupos difieren en su sensibilidad y vulnerabilidad a ciertos tipos de acontecimientos y reacciones ante las mismas.

La evaluación cognitiva del estrés va ha depender mucho del significado y del valor que se le asigne a la situación según la percepción y la interpretación de cada persona. Existen tres formas básicas de evaluación cognitiva que son: primaria, secundaria y reevaluación.

Evaluación primaria, se distingue tres clases de evaluación primaria: 1) irrelevante, 2) benigna positiva, y 3) estresante. Irrelevante cuando lo que se le presenta a la persona no conlleva consecuencias, además es algo que no da lugar a que la persona sienta interés, el encuentro no implica valor necesidad, la persona no pierde ni gana en la transformación. Benigno positivas son las evaluaciones que generan emociones placenteras, alegría, amor, felicidad. Estas evaluaciones dependerán de los factores de cada persona y del contexto en que desarrolle la situación. Evaluaciones estresantes son aquellas consideradas como daño' pérdida, amenaza y desafío. Daño pérdida a cualquier tipo de perjuicio que ha sufrido ya la persona, éste puede ser físico o psíquico o referirse a la pérdida de un ser querido.

La amenaza se da cuando nos anticipamos a situaciones que no han ocurrido pero que pueden ocurrir, causar daño o pérdida. Ejemplo, los pacientes parapléjicos que no sólo se hallan gravemente incapacitados para el presente sino que tiene que hacer frente a muchas amenazas relacionadas con su actividad futura.

El desafío, es la evaluación de las fuerzas necesarias para vencer en la confrontación. Este tipo de evaluación genera emociones como impaciencia, excitación y regocijo. Aunque las evaluaciones de amenaza y desafío no tienen los mismos componentes cognitivos y afectivos pueden presentarse de forma simultanea.

Evaluación secundaria es la aplicación de recursos para el afrontamiento a determinada situación, es decir, que la

valoración secundaria es una valoración relativa a lo que debe y puede hacerse por medio de estrategias de afrontamiento.

Según Lazarus y Folkman (1986) la reevaluación se refiere al cambio efectuado en una evaluación previa a partir de una información recibida de la persona o del entorno. Ejemplo: una evaluación de una situación positiva puede reevaluarse como amenazadora.

Cuando los autores se refieren al proceso de afrontamiento lo definen "como el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales permanentemente cambiantes desarrollados para hacer frente a las demandas específicas externas y o internas evaluadas como abrumadoras o desbordantes de los propios recursos" Lazarus y Folkman (1986). Pág. 200.

El tipo de afrontamiento se determina por el significado que le dé la persona a las situaciones. El afrontamiento que adopta cada persona es diferente, considerando que no toda persona tiene los mismos recursos (como la salud y energía física), creencias existenciales y creencias generales, recursos para la solución de problemas, recursos sociales y hasta recursos materiales.

Se debe tomar en cuenta que a medida que la persona envejece las fuentes que le producen estrés van cambiando como consecuencia de ello, el afrontamiento varía ante las nuevas demandas.

Lazarus y Folkman (1986) consideran que tanto los procesos de evaluación cognitiva, como el de afrontamiento influyen en

la adaptación de la persona en tres clases de resultados como ser: en el ámbito del trabajo y de la vida social, en el de la satisfacción moral o vital y en el de salud del organismo.

Es de suponer que estas consecuencias adaptativas se relacionan entre sí, es decir, si una de las áreas se encuentra bien adaptada las otras también estarán bien. Ejemplo, si existe un buen funcionamiento social, hay una moral positiva y un buen estado de salud.

Al mencionar funcionamiento social, se refiere a todos los roles que desempeña la persona en el ámbito social, puede ser el grado de satisfacción laboral o la relación con la familia. La eficacia del funcionamiento social de la persona está determinada por la forma efectiva de evaluar y afrontar la situación.

En función del contexto social no sólo puede haber errores de evaluación o un inoperante modelo de afrontamiento de los problemas, sino que pueden aparecer interpretaciones equivocadas y sentimientos negativos.

Referirse a la satisfacción moral es hablar de todo lo que sienten las personas sobre ellas y sobre sus condiciones de vida, es decir, hablar de bienestar y felicidad de la persona. Hablar de moral es referirse a un conjunto de estados anímicos los cuales son muy variables.

Una evaluación momentánea del individuo durante los acontecimientos estresantes hacen experimentar emociones positivas y negativas.

"Las emociones de cada acontecimiento varían a medida que éste se desarrolle y el resultado reflejará las evaluaciones realizadas sobre el mayor logro de los objetivos del individuo y el grado de satisfacción por sus sentimientos". Lazarus y Folkman (1986). Pág. 245.

Salud del organismo es una de las clases de resultado que esta influida por la evaluación y el afrontamiento, es así que las evaluaciones de daño y desafío dan lugar a estados emocionales de diferentes clases y grados de intensidad. Según Lazarus y Folkman (1986) se acepta la premisa de que exista una relación de forma causal de la enfermedad somática con el estrés, las emociones y el afrontamiento.

Según el síndrome general de adaptación propuesto por Selye, sostiene que "todas las demandas son más o menos equivalentes entre sí en la producción de movilización fisiológica" y que esta aumenta la susceptibilidad a la enfermedad. Lazarus y Folkman (1986).

Estas demandas del entorno denominadas por Selye "estresores" son los procesos psicosociales mediadores que se presentan en la vida cotidiana de la persona como desencadenantes que generan estrés o respuestas emocionales. Son considerados también estresores a los procesos psicológicos que provocan respuestas emocionales.

Lazarus y Folkman (1986) se refieren a los resultados obtenidos por los experimentos de Manson, que aportan con la idea de que cada emoción tiene su propia respuesta hormonal.

Como se mencionó anteriormente el afrontamiento influye en la salud, esta influencia va a depender de los estilos de afrontamiento de cada persona, de la capacidad de adaptación de una situación a otra, del control que tengan de sus emociones y también va estar relacionado con el tipo de evaluación que se haga de la situación.

II.5.PROCESOS COGNITIVOS Y ESTRÉS

Como es de conocimiento que ciertas presiones y demandas ambientales producen estrés en determinadas personas, en cuanto a la intensidad y clase de respuesta es diferente.

Lazarus y Folkman (1986) indican "Las personas y los grupos difieren en su sensibilidad y vulnerabilidad a ciertos tipos de acontecimientos así como en sus reacciones ante los mismos." Pág. 47.

Si se quiere entender el por qué de estas diferencias en las respuestas ante situaciones similares se debe considerar como de mucha importancia los mediadores cognitivos entre el estímulo y la reacción así como los factores que afectan a tales mediadores.

II.5.1. PROCESO COGNITIVO DE EVALUACIÓN.

Lazarus y Folkman (1986) definen al proceso cognitivo de evaluación y al proceso de afrontamiento como los mediadores del estrés. El proceso de evaluación cognitiva parece ser como un filtro que determina la respuesta fisiológica, esto se debe a la evaluación que hace el individuo a los diferentes estímulos que se le presentan. La intensidad de la respuesta

depende de la discriminación que haga el organismo al evaluar la situación, si ésta es evaluada como amenazadora o incierta, el nivel de activación en el cual entrará el organismo será alto, pero en cambio si la situación se la evalúa como segura y capaz de dominarla, la respuesta fisiológica disminuirá o desaparecerá.

La evaluación debe entenderse como aquel proceso cognitivo que determina las consecuencias que un acontecimiento dado provoca en un individuo. La evaluación cognitiva para su diferenciación en los aspectos básicos puede ser: primaria, secundaria y reevaluación.

Dentro de las evaluaciones primarias se tiene tres clases: irrelevantes, benigno positivas y estresantes. Se consideran en la categoría de irrelevantes cuando el encuentro con el entorno no conlleva implicaciones con el individuo. Se debe tomar en cuenta que para el ser humano es muy importante para su adaptación distinguir del entorno señales relevantes e irrelevantes de modo que sólo se produce la acción cuando tales señales representan algo deseable o necesario.

Las evaluaciones benigno positivas se caracterizan por generar emociones placenteras, como alegría, amor, felicidad, debido a la evaluación positiva de las consecuencias del encuentro.

Las evaluaciones estresantes son de tres clases: aquellas que significan daño o pérdida, amenaza y desafío. De daño o pérdida cuando existe un antecedente en el cual el individuo ha

sido perjudicado por haber sufrido una enfermedad, algún daño a la estima propia, o haber perdido un ser querido.

La evaluación de amenaza no siempre se la efectúa ante un acontecimiento presente, sino que se prevé. Este acontecimiento puede haber ya tenido lugar, es considerado como amenazante por la carga de implicaciones para el futuro. Existe una diferencia con las evaluaciones de daño o pérdida debido a que la amenaza permite el afrontamiento anticipado.

La tercera clase de evaluación estresante es el desafío, en el que hay una valoración de las fuerzas necesarias para vencer en la confrontación, genera emociones placenteras como impaciencia excitación y regocijo.

Evaluación secundaria es una forma determinante de actuar ante una situación de peligro, ésta evaluación es característica en cada confrontación estresante, ya que los resultados dependen de lo que se haga, de lo que pueda hacerse y de lo que este en juego.

Reevaluación es el cambio que se hace de una evaluación inicial de una situación por una nueva información que puede recibirse del mismo individuo o del entorno.

Lazarus y Folkman (1986) indican que "La perspectiva teórica de la evaluación cognitiva es un proceso mediador fundamental en la aparición de pensamientos sensaciones y acciones subyacentes a un acontecimiento estresante, no sólo es necesario para entender con lógica las diferencias individuales e incluso los modelos habituales de reacción, sino que también

encaja con las observaciones sobre las actitudes de los individuos en situaciones adaptativas importantes." Pág. 11.

II.5.2. PROCESO COGNITIVO DE AFRONTAMIENTO.

Como se menciona el afrontamiento es considerado un proceso cognitivo determinante frente a situaciones estresantes.

Lazarus y Folkman (1985) definen el afrontamiento como "aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo". Pág. 164.

Estos autores indican que al plantear el afrontamiento como proceso se debe tomar en cuenta tres aspectos principales: el primero es el que se refiere a las observaciones relacionadas con lo que el individuo realmente piensa o hace. Segundo se refiere al análisis de un contexto específico de lo que el individuo realmente piensa o hace. Tercero referirse a un proceso de afrontamiento es hablar de un cambio en los pensamientos y actos a medida que la interacción va desarrollándose.

Los cambios que se realizan en el proceso de afrontamiento se deben a que el individuo, en determinados momentos debe contar con estrategias defensivas y en otros con estrategias que sirven para resolver el problema.

La dinámica que caracteriza al afrontamiento como proceso no es casual, los cambios son las continuas reevaluaciones de los cambios que se presentan en el individuo y en el entorno.

De acuerdo a las investigaciones realizadas se deduce que el afrontamiento sirve para dos funciones: manipular o alterar el problema con el entorno causante de perturbación y regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia. Entonces se sostiene la idea de que existen otros dos tipos de funciones en el afrontamiento, el dirigido al problema y el afrontamiento dirigido a la emoción se influyen el uno al otro y ambos pueden potenciarse o interferirse.

Los recursos con que dispone el individuo como la salud, la energía física, las creencias, lo que pueda emplear para la resolución de problemas van a determinar el modo de afrontamiento. Pese a los recursos con que cuenta un individuo, estos pueden ser limitados en su utilización, ya sea por coacciones, por factores ambientales, por empresas o instituciones que impiden los esfuerzos de afrontamiento. Entre otros factores que pueden evitar que un individuo utilice sus recursos de forma efectiva se puede citar a los altos grados de amenaza.

Si bien no se puede demostrar empíricamente que el afrontamiento se cambia en el transcurso de la vida, por investigación actual se sabe que las fuentes de estrés cambian a medida que el individuo envejece y como consecuencia el afrontamiento también cambia ante las nuevas demandas.

11.5.3. PERCEPCION.

Davinoff (1985) cuando se refiere a la percepción indica que la percepción se puede considerar como "el punto en que se encuentra el conocimiento y la realidad," y "la actividad cognoscitiva más básica de la que todos los demás emergen". La percepción implica muchas actividades cognoscitivas como ser: la atención, memoria, la conciencia, así como también el lenguaje que influye en las cogniciones, moldeando la percepción de manera indirecta.

Según Smirnov y otros (1960) la percepción es un proceso cognoscitivo que resulta de una compleja actividad analítico - sintética del cerebro. Es considerada como un proceso activo que busca la correspondiente información y distinción de las características esenciales de un objeto o de un fenómeno.

Según Luria (1984) el proceso de percepción por su carácter complejo debe seguir los siguientes pasos: analizar la estructura percibida, al ser recibida por el cerebro en un gran número de claves que son codificadas y sintetizadas dentro de los sistemas móviles. Este proceso es activo y la influencia depende de las tareas que va realizando el sujeto. La percepción tiene lugar con la ayuda de códigos, tales como los del lenguaje, que sirven para situar el rasgo percibido, para darle un carácter general o categórico. Finalmente un proceso de verificación de la actividad percibida.

Todo el proceso de percibir un objeto o un fenómeno puede abreviarse cuando estos son ya conocidos, es decir, familiares. En cambio durante la percepción de objetos, o fenómenos

nuevos, más complejos o no familiares, la percepción sigue todo su proceso.

"La percepción humana es racional, al percibir los objetos y fenómenos de la realidad el hombre los interpreta según los conocimientos que ha recibido antes y según su experiencia práctica ". Smirnov y otros (1960). Pág.148.

La experiencia no es la misma en todas las personas, ya que esta depende de la edad, nivel cultural, profesión y otras condiciones, así también la percepción de los mismos objetos es diferente en cada persona e incluso en una misma persona va cambiando durante el transcurso de su vida. Un mismo objeto se puede percibir desde distintos puntos de vista con diferente exactitud y extensión.

Las características, los conocimientos, las necesidades, los intereses del sujeto son determinantes en la percepción, considerando que la percepción es reflejo o representación del mundo real.

II.5.4. PENSAMIENTO.

Smirnov y otros (1960) indican que el pensamiento es un proceso cognitivo muy complejo de poder explicarlo, analizarlo y definirlo. Marx decía " El lenguaje es la realidad inmediata del pensamiento". Pág.235

Estos autores refieren que existe una conexión entre pensamiento y lenguaje en todos los casos, el sujeto puede pensar en voz alta o pensar para sí, en ambos casos funciona el

mismo aparato del lenguaje, la diferencia esta en la intensidad de las contradicciones de los músculos del aparato fonético que producen los sonidos.

La definición que dan es: "El pensamiento es el reflejo generalizado de la realidad en el cerebro humano, realizado por medio de la palabra, así como de los conocimientos que ya se tienen y ligado estrechamente con el conocimiento sensorial del mundo y con la actividad práctica de los hombres, es respuesta a una u otras influencias exteriores. Está determinado por estas influencias y es una actividad refleja".Pág.235.

Davinoff (1985) refiere que los psicólogos dicen que el pensamiento sirve para designar diversas actividades como razonar, resolver problemas y formar conceptos.

II.5.5.EMOCIÓN

Davinoff (1985) define la emoción como estados internos que se caracterizan por cogniciones, reacciones fisiológicas y conducta expresivas propia de cada persona. Estos estados son de aparición repentina y difíciles de controlar. Cada persona reacciona de manera diferente a una misma emoción, lo que varia es la intensidad.

Al referirse a los componentes que caracterizan a la emoción se consideran tres categorías: componentes fisiológicos, componentes subjetivos que son las cogniciones y sensaciones. Las cogniciones ante la emoción responden con pensamientos, palabras o acciones que parecen inapropiadas, perturbadas e irracionales o desorganizadas. Las sensaciones

pueden ser evaluadas como agradables o desagradables y también por su intensidad, ejemplo de sensación agradable, la felicidad, de sensación desagradable, el enojo.

Los componentes fisiológicos son aquellas reacciones fisiológicas que varían en el tipo de intensidad ante las emociones según la persona.

Esta autora menciona que "edad, sexo drogas, dieta, personalidad y estilo de afrontar situaciones todo ello influyen en el patrón de respuestas fisiológicas de cada persona en particular." Pág. 426.

Castafion (1991) refiere que la emoción es una fuente de energía vital cuya estructura tiene componentes mentales e impulsivos. La emoción es una constante en el ser humano, es aquello que nos hace más humanos, nos permite reír, llorar, alegrarse, amar sufrir, tener esperanza y sentir dolor. El no experimentar estas sensaciones es estar alejado de experiencias humanas. La emoción es una experiencia de todo individuo desde su nacimiento.

Lazarus y Folkman (1986) con su planteamiento cognitivo que hacen respecto a la emoción, creen que el individuo hace una transacción con los valores creencias, compromisos y objetivos, los cuales sientan las bases para dar lugar a una emoción determinada, respondiendo el sujeto a ciertas fases de la situación.

También insisten en que los procesos cognitivos son partes fundamentales debido a que se hallan implicados y son necesarios en un estado emocional.

Estos autores también se refieren al trabajo realizado por Ortony y Clove (1981) en el cual se indica que la utilización de las expectativas y los valores pueden permitir predecir la emoción. Por esta razón una expectativa positiva que no se cumpla da lugar a decepción, y si se cumple da lugar a satisfacción. Al igual que una expectativa negativa con un resultado negativo da lugar a la aparición de temores. Además consideran que para que tenga lugar un aprendizaje social en la conducta humana, debe existir una interacción entre valores y expectativas.

Smirnov y otros (1960) se refieren a las emociones como las vivencias afectivas más simples relacionadas con la satisfacción o la insatisfacción de las necesidades orgánicas así como ser, necesidades de alimento, de saciar la sed, de tener aire, de defenderse de las situaciones de peligro para la vida, las necesidades sexuales, etc. También se considera emociones las reacciones afectivas relacionadas con las sensaciones, unos colores, sonidos, olores, son agradables, mientras otros son desagradables a las emociones conforme estos se presentan en el sujeto.

La influencia de las emociones es de mucha importancia porque permiten regular la actividad y la conducta del sujeto, esta influencia en la actividad práctica permite alcanzar los fines propuestos.

Los autores sugieren que "para luchar es necesario amar aquello por lo que se lucha y odiar aquello en contra de lo que se lucha." .Pág. 356.

Davinoff (1986) considera como los componentes fisiológicos de las emociones a los siguientes: sistema nervioso central, sistema límbico, sistema autónomo y las glándulas suprarrenales. Son estos componentes fisiológicos que activan regulan e integran las reacciones que aparecen durante la emoción, es decir, que la interacción de estos componentes fisiológicos da lugar a las emociones conforme estas se presentan en el individuo.

Ellis - Abrahms (1986) Cuando se refieren a las emociones las consideran como parte muy valiosa del comportamiento humano. Las emociones pueden ayudar a que las personas se den cuenta de lo trastornadas que se encuentran, motivarlas para trabajar contra sus molestias y contra el comportamiento contraproducente y proporcionarles placer.

II. 6. INTELIGENCIA EMOCIONAL.

Goleman (1995) en su libro inteligencia emocional se refiere a la influencia de las emociones en la salud y da a conocer varios estudios realizados por diferentes investigadores que se describirán a continuación.

Según el neurólogo Varela el sistema inmunológico es el "cerebro del organismo", al definir lo que le pertenece y lo que no le pertenece.

El psicólogo Ader (1974) en una investigación que realizó descubrió que el sistema inmunológico al igual que el cerebro podía aprender, además que el sistema nervioso central y el sistema inmunológico se comunican: sendas biológicas que hacen que la mente, las emociones y el cuerpo no estén separados sino que estén interrelacionados.

Falton en una de sus investigaciones comenzó notando que las emociones ejercen un efecto poderoso en el sistema nervioso autónomo, también detectó la comunicación directa de ambos sistemas.

Otra vía por donde se relacionan las emociones y el sistema inmunológico es por medio de las hormonas que se liberan durante el aumento del estrés son la adrenalina y noradrenalina, el cortisol y la prolactina y los opiáceos naturales beta-endorfina y encefalina. Cada una de estas hormonas ejercen un impacto en el sistema inmunológico. El estrés anula la stencia inmunológica, al menos una forma pasajera, pero si el estrés es constante e intenso esta anulación puede volverse duradera.

Según Goleman (1995) muchos estudios han descubierto que las emociones negativas y el estrés debilitan la - - - las diversas células inmunológicas. A pesar de este descubrimiento muchos médicos siguen siendo escépticos en cuanto a que las emociones tengan alguna importancia clínica.

A diferencia de los médicos escépticos, hay otros que reconocen el lugar que tienen las emociones en la medicina, como el caso del Camran ginecólogo laparoscópico de la

Universidad de Stanford dice "si alguien debe someterse a una operación me dice que ese día siente pánico y no quiere pasar por ella cancelo la intervención". Pág. 202.

Camran explica que cualquier cirujano sabe que los pacientes que están muy asustados tienen problemas durante la operación. Sufren hemorragias abundantes y más tiempo en recuperarse. Lo más aconsejable es que los pacientes estén relajados y serenos.

El por qué de los problemas que se presentan durante la operación, se debe, a que el estrés eleva la presión sanguínea, y las venas dilatadas por la presión sangran más abundantemente cuando el cirujano practica la incisión con el bisturí. Cuando se presenta éste tipo de complicaciones puede provocar incluso la muerte.

Goleman indica que según un estudio realizado con varios miles de hombres y mujeres se confirma que las emociones perturbadoras son malas para la salud, hasta cierto punto se descubrió que las personas que experimentan ansiedad crónica, prolongados períodos de tristeza y pesimismo, tensión continua u hostilidad, tenían el doble de riesgo de contraer una enfermedad, asma, artritis, dolores de cabeza, úlceras pépticas y problemas cardíacos.

Al analizar todas las reacciones que producen las emociones negativas dentro del organismo se llega a la conclusión que estas son un factor tan dañino como lo son por ejemplo, el hábito de fumar o el colesterol elevado para los

problemas cardíacos, es decir, que las emociones negativas o perturbadoras son una importante amenaza para la salud.

También explica sobre un estudio realizado por McEwen psicólogo, donde hace un profundo análisis del vínculo estrés-enfermedad y señala una amplia gama de efectos tales como: la alteración de la función inmunológica hasta el punto de que puede activar la metástasis del cáncer, el aumento de las infecciones vírales, en la coagulación sanguínea, la aceleración del inicio de la diabetes y el desencadenamiento de los ataques de asma.

En consecuencia el cerebro mismo es susceptible a los efectos a largo plazo del estrés prolongado, incluido el daño del hipocampo y por lo tanto a la memoria. Dice McEwen "cada vez existen más pruebas de que el sistema nervioso esta sujeto a un desgarramiento como resultado de las experiencias que produce el estrés". Goleman (1995). Pág. 207.

El precio del estrés no sólo es que disminuye la respuesta inmunológica, sino también efectos adversos en el sistema cardiovascular. Mientras la hostilidad y la ira ponen en riesgo de una enfermedad cardíaca a los hombres, las emociones más mortales en las mujeres pueden ser la ansiedad y el temor.

II.7. TEORIA DEL APRENDIZAJE DEL SIGNO DE TOLMAN.

Según Hilgard y Bower (1977) la teoría que planteó Tolman la llamó teoría de signo - significado, o teoría de la expectancia debido a la naturaleza cognoscitiva que la distingue de otras teorías de estímulo y respuesta. Esta teoría rechaza la introspección como método, las sensaciones crudas como datos para la psicología científica, así también el conductismo de Watson debido a que era molecular, dentro de su sistema adopta el conductismo molar debido a que un acto de conducta tiene propiedades distintivas y propias que pueden ser identificadas independientemente de los procesos, ya sean estos musculares, glandulares o nerviosos.

La conducta molar está dirigida a la búsqueda de una meta. Lo más importante de la conducta es lo que el organismo está haciendo, a donde está yendo. La conducta molar no describe lo particular de los movimientos del organismo como la meta hacia la que se dirige o de la que se aleja.

La característica de la conducta molar como cognoscitiva e intencionalista a la vez se debe, a la forma en la cual el organismo utiliza los caminos y los instrumentos con relación a sus metas. La conducta ocurre en un sinfín de caminos, instrumentos y obstáculos con que el organismo intercambia.

El tema de la teoría de Tolman se basa en el seguimiento que hace el sujeto de los signos hacia una meta, el sujeto está aprendiendo significados y no movimientos, está siguiendo un mapa cognoscitivo

Aunque no hace una distinción muy clara respecto a la respuesta del planteamiento de esta teoría, se deduce que el organismo aprende relaciones signo-significado, aprende la dirección de una conducta y no un patrón de movimientos.

La teoría de Tolman ha sido caracterizada como una teoría de qué lleva a qué, también de una teoría de signos, significados y metas que sigue la conducta.

La persona no sólo responde por medio del organismo con una reacción neuronal, sino que responde de acuerdo a sus expectativas, respecto a lo que quiere conseguir. Las expectativas cuando llegan a la meta dan lugar a la aparición del refuerzo positivo, es decir, el refuerzo de satisfacción cognitiva.

La teoría del aprendizaje del signo indica que el aprendizaje del sujeto se da por medio de las estructuras cognoscitivas, las cuales denominan los psicólogos ideas o conocimientos que se deducen de las respuestas.

Para Tolman es muy importante tomar en cuenta las variables del medio y más aún las variables de la diferencia individual como ser: herencia, edad, entrenamiento previo y condiciones endocrinas, porque de estas depende la determinación de la conducta.

Otro punto muy importante de la teoría del aprendizaje del signo de Tolman es el referido a que basándose en los conocimientos con que cuente el individuo evaluará cada

estímulo que se le presente y le otorgará un significado del cual dependerá la respuesta.

II.7.1. TEORÍA DEL APRENDIZAJE DEL SIGNO Y ESTRÉS.

De acuerdo a la teoría del aprendizaje del signo que planteó Tolman y haciendo una relación con el estrés se puede explicar lo siguiente:

Dentro de los procesos cognitivos la percepción juega un papel muy importante debido a que permite que el sujeto dé un significado al problema basándose en el aprendizaje que éste ha tenido y a la meta a la que quiera llegar, cuya respuesta será de una rehabilitación positiva o una desadaptación frente a la situación de pérdida que sufre el paciente parapléjico.

Rehabilitación positiva, si dentro de las expectativas del sujeto están la reevaluación de la situación estresante de amenaza y pérdida con una reevaluación de cambio en los procesos cognitivos que le permitan una adaptación a la nueva situación de inmovilidad en que se encuentra, el de fijar una meta en la que considere su reinserción en el ámbito familiar, laboral y social.

Desadaptación, esta respuesta es determinada por medio de las estructuras cognoscitivas del sujeto, es decir, por sus ideas o conocimientos, que según la teoría de Tolman estarían en el mapa cognitivo de cada persona que se obtiene por medio del aprendizaje.

En el caso de un paciente estresado frente a la situación de paraplejía, es la evaluación que éste hace la que permite

darle un significado negativo a la situación y como resultado aparecen los pensamientos irracionales, pensamientos negativos, los cuales no le permiten tener expectativas positivas y peor aún una meta.

II.8.EL SENTIDO DE L VIDA.

Victor E. Frankl (1988) el hombre está en constante búsqueda de sentido de vida para su sobrevivencia y dice " El hombre apunta por encima de sí mismo hacia algo que no es el mismo, hacia algo o alguien, hacia un sentido cuya plenitud hay que lograr o hacia un semejante con quien uno se encuentre". Pág.21.

Al decir que el hombre apunta más allá de sí mismo hacia un sentido que primero debe descubrir y lograr la plenitud, se está refiriendo a la teoría de la motivación a la que llama "voluntad de sentido" la cual debe ser admitida como valor-motivo. El logro de una vida llena de sentido, una realización de valores es lo que los individuos aspiran.

Por investigaciones realizadas se determinó que: la voluntad de sentido es una necesidad que no puede cambiarse por otras necesidades y está presente en todos los seres humanos en mayor o menor intensidad.

La necesidad de sentido o voluntad de sentido como llama Frankl se refiere aquella necesidad que está en lo más profundo del hombre, esa necesidad de encontrar sentido en cada una de las situaciones de su vida.

El hombre que encuentra sentido en su vida, está dispuesto a sufrir si es necesario, pero si no encuentra no le importa de éste más que irle bien exteriormente.

Frankl da mucha importancia a la conciencia en la búsqueda de sentido, considera que el hombre es guiado por su conciencia. Define a la conciencia como "la capacidad de percibir totalidades llenas de sentido en situaciones concretas". Pág. 31.

El sentido no se puede dar sino que se debe encontrar, el sentido es algo individual, no podemos dar un sentido a la vida de los demás, lo que sí se puede dar es un ejemplo de lo que somos. Se debe tomar en cuenta que la respuesta al problema del sentido final del sufrimiento humano, de la vida humana, no es intelectual, sino sólo existencial. No es algo que podemos dar respuesta con palabras, sino que nuestra respuesta es nuestra existencia.

El hombre en "busca de sentido" si lo encuentra es feliz, lo que lo hace capaz de soportar el sufrimiento.

El sufrimiento no es la causa que lleva al hombre a la desesperación, la causa es el sufrimiento que parece que no tiene sentido, lo que lo lleva a la desesperación.

De trabajos realizados con el hombre simple y sencillo se pudo extraer tres categorías de su vivencia de valores que son: valores creativos, valores vivenciales y valores de actitud. Se encontró que los valores de actitud son los más elevados.

La actitud con que la persona enfrenta el dolor, le permite transformar el sufrimiento en logro, las personas que sólo reaccionan ante una catástrofe toman impulso para elevarse en éste sentido. Ellos se realizan a sí mismos en la necesidad y la muerte.

El hecho de que "en el dolor mora la posibilidad de sentido", precisamente allí donde la situación es irreversible, allí donde se nos exige que cambiemos, es decir, que maduremos, que crezcamos, que nos trascendamos.

Eistein al referirse aquellas personas que sienten su vida vacía de sentido dijo "Quien siente su vida vacía de sentido no solamente es desgraciado sino apenas capaz de sobrevivir". Frankl (1988). Pág.37.

Eistein argumentó a este respecto indicando que es un hecho, que el hombre sólo puede sobrevivir cuando da una orientación, un sentido a su vida, y esto no solo cuando nos referimos al individuo, sino a la supervivencia de toda la humanidad.

Frankl (1988) dice "La libertad humana justamente consiste en que pueda disponer, que goza del derecho de disponer. Y todo estado de libertad humana consiste finalmente en poder disponer". Pág.48.

El hombre tiene libertad de ser así y la libertad para la existencia. Lo positivo de la libertad es poseer responsabilidad, se debe asumir la vida con responsabilidad, ya

que esto va a permitir el sentido de nuestra existencia humana.

Para Frankl existen tres caminos para encontrar sentido a la vida: primero la vida se puede colmar de sentido si se realiza una obra, segundo si se vive una experiencia referente a algo o a alguien y si se vivencia a ese alguien en toda su unicidad y singularidad, es decir, amando. Por último, se demuestra que también allí donde la persona se enfrenta a un destino que parece irrevocable, con una enfermedad incurable, con un carcinoma inoperable, con la pérdida de la movilidad de las piernas como en el caso de un paciente parapléjico, donde se allá una víctima indefensa en medio de una situación desesperada, allí se le puede dar sentido a la vida, entonces se puede realizar lo más humano dentro del hombre y eso lo constituye su facultad de transformar aún una tragedia en un triunfo.

Se ha comprobado que en la vida se puede encontrar sentido de manera independiente del sexo, edad, grado de cultura, estructura de carácter y ambiente de una persona, incluso el hombre puede encontrar sentido sin considerar que sea religioso o no y, si lo es, también independiente de la confesión religiosa a la cual pertenezca.

Resumiendo, lo que permite encontrar el sentido de la vida, es el estar orientado hacia un sentido, estar comprometido, debe encontrarse una motivación para mantener la voluntad de sentido. Otra posibilidad de encontrar sentido es de aquel que mora en el dolor, ya que esto le permite realizar lo más esencialmente humano en sí. Allí donde la situación es

irreversible, allí se exige que la persona madure, crezca, trascienda. Eso es posible hasta el momento de la muerte.

Frankl para explicar mejor que el sufrimiento es realmente lo que le da al hombre la oportunidad de crecer y de transformarse, se refiere a lo que describió un pintor y escultor israelí Yehuda Bacon quien de niño fue llevado prisionero. Le preguntaron que sentido tenía aquellos años por los que había pasado y escribió. "De niño pensaba, ya le contaré al mundo lo que en Auschwitz vi, con la esperanza de que el mundo cambiaría; pero el mundo no cambió, el mundo no quería escuchar hablar de Auschwitz. Sólo mucho después comprendí realmente cuál es el sentido del dolor: el dolor realmente tiene sentido cuando tú mismo te conviertes en otro hombre". Pág. 230.

II.8.1. SENTIDO DE LA VIDA Y ESTRÉS.

Tomando en cuenta que toda situación negativa que se le presenta a la persona puede dar lugar a que ésta pierda el sentido a la vida, entonces se debe considerar al estrés como desencadenante de tal pérdida, ya que la persona se siente amenazada física y psicológicamente.

Como se sabe el estrés desestructura los procesos cognitivos de la persona, motivo por el cual la persona hace una evaluación negativa de la situación y como consecuencia se le presentan pensamientos irracionales. El que la persona sienta el estrés como una amenaza le produce un cambio, un desequilibrio que le hace perder el sentido de la vida y por tal razón sufre, se desespera, más aún en el caso de un

paciente parapléjico que pierde la movilidad de las extremidades inferiores, éste entra en una incertidumbre total.

Para que una persona estresada y parapléjica pueda encontrar un nuevo sentido a la vida dependerá de la reevaluación cognitiva que haga de los recursos que tenía y de los que todavía tiene. También es muy importante la capacidad de afrontamiento de la persona frente a la situación en que se encuentra y del apoyo que reciba, que no sólo tiene que ser psicológico sino también familiar, ya que la parte afectiva es preponderante.

II.9. PENSAMIENTOS RACIONALES E IRRACIONALES.

Según Ellis y Abrahams (1986) los pensamientos racionales son aquellos pensamientos apropiados que hacen frente a la situación en que se encuentra el paciente, comienza con una observación realista y termina en una conclusión lógica.

Los pensamientos racionales son los que permiten analizar justificadamente cada situación, el paciente toma conciencia de la situación aceptándola.

Los pensamientos racionales permiten controlar los estados emocionales del paciente de manera que su comportamiento sea el más adecuado.

Los autores dentro del discurso de la terapia racional emotiva definen como pensamientos racionales, aquellos pensamientos que ayuda a la sobrevivencia y a la felicidad de las personas. También en un discurso orientado a la terapia

racional emotiva se dice que una persona es racional, cuando la persona ha elegido o decidido vivir con felicidad por: "1) aceptar lo que en realidad existe en el mundo "real"; 2) tratar de vivir amigablemente en un grupo social; 3) relacionarse íntimamente con unos cuantos miembros de su grupo social o comunidad; 4) comprometerse en un grupo productivo y agradable; 5) participar en empresas recreativas elegidas por selección y que van desde los deportes hasta las artes y las ciencias". Pág. 61.62. La persona que elige lo contrario y actúa inapropiadamente interfiere en la vida de los demás y se causa daño innecesariamente por su irracionalidad.

Ellis (1981) define como irracional, a cualquier pensamiento, emoción o comportamiento que conduce a consecuencias contraproducentes y auto destructivas que interfieren de manera importante en la supervivencia y felicidad del organismo.

Una de la hipótesis de la terapia racional emotiva propuesta por Ellis indica "las personas tienen una tendencia innata y adquirida a pensar irracionalmente", es por esta razón que muchas de las personas tienen varias ideas importantes irracionales de pensar, que interfieren con sus pensamientos, emociones y comportamientos sanos y correctos.

Como se sabe cada persona es diferente una de la otra, es así que el pensamiento humano varía con relación a los niveles de inteligencia de las personas, ésta variación de pensamiento deriva en gran parte del funcionamiento del cerebro izquierdo y derecho, debido a que poseen un elemento hereditario importante y no proviene solamente de las experiencias

Para la terapia racional - emotiva de Ellis (1981) hay cuatro creencias irracionales humanas que se las denomina como más importantes y son: sentirse horrible, no poder soportarlo, la necesidad perturbadora y la auto condena, que parecen ser parte de la existencia de cada persona.

Las personas tienen muchos pensamientos irracionales y filosofías propias que inventan de forma creativa, las mantienen y se perturban innecesariamente por ellas.

De acuerdo a Ellis, se han realizado muchos experimentos con personas perturbadas y con funcionamiento defectuoso, cuyo resultado demostró que estas personas empleaban mucho más rol pensamiento irracional. También se determinaron varios aspectos de los pensamientos irracionales que interfieren en la persona como ser:

- 1) La persona cree firmemente que la irracionalidad se ajusta a los principios de la realidad.
- 2) Las personas que se aferran a la irracionalidad se de gran o no quieren aceptarse a mismas.
- 3) La irracionalidad se interfiere con la buena amistad de los miembros de los grupos sociales primarios.
- 4) Bloquea seriamente el conseguir la clase de relaciones interpersonales que le gustaría tener.

- 5) Impide su trabajo lucrativo y alegre en algún quehacer productivo.
- 6) Ella se interfiere en sus mejores intereses propios.

Ellis y Abrahams (1985) dentro de los objetivos que tienen en la terapia racional - emotiva está el de trabajar con los pensamientos irracionales para inducir a la persona para que reconozca lo absurdo de sus creencias, a que las abandone y a que adopte otras nuevas y más apropiadas.

II.10. PENSAMIENTOS POSITIVOS Y NEGATIVOS.

Según Ellis y Abrahms (1986) los pensamientos positivos son aquellos que proporcionan excelentes resultados, esto -a debe a que incluye elementos filosóficos permiten cambiar los pensamientos negativos o inadecuados que se presentan en los pacientes. De modo que si un paciente se describe fracasado en una situación determinada cambia su filosofía básica, de "no puedo tener éxito y soy, por lo tanto una persona miserable" a "puedo tener éxito" y soy por lo tanto un **individuo** estupendo".

Los pensamientos positivos, son aquellos pensamientos que elevan a la persona, que le permiten pensar en soluciones, que le permiten disminuir el estado de estrés en que se encuentra. Los pensamientos positivos son los que permiten que la persona actúe de manera adecuada, que se sienta más segura y que pueda afrontar cualquier situación por más desesperante que ésta se.

Para Elkes (1981) los pensamientos positivos son los que capacitan a la persona a pensar sobre sí mismo, sobre los demás, sobre el mundo y de una forma más sensata en el futuro.

Beck y otros (1976) definen como pensamientos negativos, aquellas interpretaciones que hace el individuo de sus experiencias como negativas, el individuo generalmente es capaz de contemplar pensamiento negativos con cierta objetividad.

Los pensamientos negativos son aquellos pensamientos dominados por ideas negativas, aunque no exista una conexión lógica entre las interpretaciones negativas que hace el individuo y las situaciones reales. A pesar de que exista una evidencia contraria a los pensamientos negativos del paciente, éste mantiene la creencia y validez de los mismos.

Como se sabe los esquemas cognitivos de cada persona son los que **determinan** la localización, diferenciación y codificación de un estímulo con que se enfrenta un individuo. Así también los esquemas son los que permiten categorizar y evaluar las experiencias. Por tanto los diferentes esquemas son los que permiten estructurar las experiencias de cada individuo.

Un esquema puede entrar en acción por diferentes situaciones que se le presentan a la ^{persona} como ser: ambientales, de adaptación, generadoras de ansiedad, y otras que son responsables de la manera de responder de la persona. En los casos donde a la persona se le presenta una patología, las conceptualizaciones acerca de algunas situaciones ^{se}

distorsionan, de tal manera que se ajustan a esquemas inadecuados, el paciente pierde el control voluntario sobre los proceso de pensamiento.

Mckay y otros (1985) al referirse a los pensamientos negativos toman el término de pensamientos automáticos que utilizaba Beck porque según éste teórico cognitivo el término describe la forma más adecuada en que se experimentan los pensamientos "como si fueran un reflejo, sin reflexión o razonamiento previo y se graban como plausibles y válidos" Beck (1976). Pág.237.

Los pensamientos negativos son perjudiciales hacia la persona y los demás, son aquellos pensamientos que crean los sufrimientos en el ser humano.

II.11. TÉCNICAS COGNITIVO — CONDUCTUALES PARA EL TRATAMIENTO DEL ESTRÉS

Según McKay y otros (1987) las técnicas cognitivas - conductuales para el manejo del estrés están diseñadas específicamente para cambiar cada una de las interferencias negativas que se presentan ^{PY1} la persona como una desestructuración de la realidad, los pensamientos, la conducta y la activación física.

En la presente investigación se utilizaron tres técnicas: de relajación, la terapia racional emotiva, y la visualización que sirvieron de mediadores de cambio en los procesos cognitivos, conductuales y físicos, de los sujetos que intervinieron en el presente estudio de investigación.

II.11.1. RELAJACION.

La relajación progresiva de Jacobson (1928,1934,1939) es una técnica conductual que enseña a la persona la relajación estrictamente como una destreza muscular. Este método es muy eficaz para reducir la actividad fisiológica y varios síntomas propios del estrés, haciendo que la persona aprenda a disminuir las tensiones musculares y a sentir relajación.

Kart (1993) explica que lo esencial en la relajación progresiva no es el estado de los músculos en total relajación, sino la consecuencia emocional que ocasiona el esfuerzo activo de relajar los músculos.

Además se debe tomar en cuenta que la relajación es una forma de entrenamiento emocional para inhibir la tensión ocasionada por la angustia.

Jacobson ha demostrado que los procesos mentales pueden ser controlados por medio de la musculatura, y que los pensamientos irracionales y negativos desaparecen en efecto en los estados de relajación muscular profunda.

Varios estudios demuestran las diferencias entre los individuos "normales" y "tensos" después del entrenamiento de destrezas musculares.

11.11.2. TERAPIA RACIONAL EMOTIVA.

Según Ellis (1981) la terapia racional emotiva o terapia cognoscitiva conductual ha sido diseñada para ser una forma de intervención psicológica que puede ser elegida para trastornos de ansiedad, depresión, inadaptación, baja tolerancia **la** frustración, y otros tipos de patologías y de salud como ser: problemas cardiacos, quirúrgicos, nutricionales, etc.

La terapia racional emotiva puede ayudar en tiempo relativamente breve a que los pacientes superen sus sentimientos y conductas inapropiadas. El enfoque racional emotivo utiliza un lenguaje simple, su método es el llamado de "sentido común". La terapia racional emotiva tiene técnicas fácilmente aplicables puede ser utilizada por médicos familiares, pediatras, cirujanos y otros profesionales de la salud.

Ellis (1981) establece una premisa fundamental para la terapia racional emotiva, "que las personas controlan en gran parte sus destinos creyendo y actuando según sus valores y creencias que tienen". Esta premisa da lugar a la famosa teoría del ABC de las reacciones emocionales y conductuales.

De ésta teoría se deduce que las personas no reaccionan emocional y conductualmente de forma directa ante los acontecimientos que ocurren en su vida. Las personas son las causantes de sus propias reacciones de acuerdo a la forma en que valoran e interpretan los acontecimientos que experimentan.

Ellis y Abrahms (1986) cuando presentan la terapia de la reatribución se refieren a estudios realizados por psicológicos sociales experimentales, los cuales han demostrado que son las personas las que atribuyen motivos, razones y causas a los demás, a acontecimientos externos y a estados físicamente internos. Es mediante ésta atribución que las personas influyen en sus emociones y conductas y, en muchos casos hasta en sus propios trastornos.

El planteamiento de la terapia racional emotiva se basa en que la cognición que el individuo hace de la situación en que se encuentra es más importante el momento de determinar sus reacciones que la situación considerada objetivamente.

Según Ellis el individuo cuando interpreta la importancia de un acontecimiento, lo hace de manera errónea y contraproducente, debido a creencias irracionales o suposiciones anticipadas. Ejemplo, es importante gustar a todos, o recibir la aprobación de todos, o fracasar en la actividad que desempeña, deduciendo en tal sentido que el individuo carece de valor alguno.

La estrategia que utiliza Ellis es la de ayudar al sujeto a superar tales creencias irracionales y a pensar en forma más lógica. Lazarus (1984).

Los terapeutas racional emotivos consideran de mucha importancia la valoración que cada individuo se da, ya que si es de una auto-imagen pobre, se estará perjudicando de muchas formas, esto no le permitirá un funcionamiento normal y se hará de sí mismo desdichado.

Por la razón mencionada es que un porcentaje demasiado alto de personas se perturban debido a que su valoración es negativa. Ellis (1984).

Se ha considerado la terapia racional emotiva en este trabajo, porque es una terapia que no sólo pretende ser científica con su método de comprobación de hipótesis y los experimentos que realiza para mostrar si la persona mejora o no, sino más bien porque es una terapia que enseña a los pacientes a discutir sus propias ideas, llevando a descubrir resultados estos pueden ser buenos o positivos y a descartar aquellos resultados que llevan a consecuencias malas o negativas. Por ésta razón es que uno de los principios de la terapia racional emotiva consiste en establecer cuáles son las creencias irracionales de la persona sobre sí mismo y sobre los demás y, luego discutir tales creencias si es que dan lugar a consecuencias emocionales y conductuales.

La teoría del A-B-C. de la terapia racional emotiva de Ellis considera cuatro puntos: 1°. De como las personas crean y distinguen sus propias perturbaciones. 2° detectando las creencias irracionales 3° debatiendo, distinguiendo discutiendo las creencias irracionales. 4° consiguiendo un nuevo efecto filosófico.

De acuerdo a Ellis y Abrahms (1986) el punto central de la terapia racional emotiva es que la persona para aceptarse a sí mismo no necesita la aprobación de los demás, ni tener a su favor logros o propósitos sobresalientes.

Estos terapeutas racional emotivos consideran que la terapia racional emotiva funciona porque se basa en la naturaleza humana, en cómo ésta en muchos casos incita a las personas a pensar de manera absurda y actuar inapropiadamente con excesiva emoción, y en que puede hacerse para cambiar los pensamientos de dichos individuos y reducir sus emociones negativas.

"El método práctico de la terapia racional emotiva es que la meta es ayudar a las personas a estar mejor y no simplemente a sentirse mejor."

II.11.3. VISUALIZACIÓN .

Según McKay (1985) la visualización es una técnica cognitiva - conductual que se utiliza para controlar mejor la mente, las emociones y el cuerpo, y para conseguir cambios en la conducta.

Coué farmacéutico francés fue quien en 1900, utilizó la visualización como una sugestión para vencer el estrés y ayudar en la recuperación de las enfermedades y hacer que se cumplan los objetivos positivos. Lo que creía Coué era que la persona podía convencerse a sí misma por medio de su imaginación, cosa que quisiera realizara así también el tipo de pensamiento de la persona influía en el resultado, es decir, si la persona piensa que fracasa es muy probable que fracase, si las personas tienen pensamientos buenos o malos estos se concretan. En síntesis la clave del éxito o del fracaso de la persona va a depender de sus pensamientos.

Mientras Coué trabajaba con su programa mental positivo de autosugestión "cada día estoy mejorando más". Los profesionales de esa época no sólo consideraban el pensamiento positivo, sino que también la visualización positiva. "Al formar una imagen se realiza una declaración mental clara de lo que se pretende conseguir". McKay y otros. Pág. 136.

La técnica de visualización positiva es muy útil en casos de enfermedad, para reducir el dolor, para aliviar la tensión muscular.

El éxito de la aplicación de ésta técnica radica en que se debe establecer objetivos que satisfagan las necesidades propias, para lo cual es necesario conocer lo que uno quiere obtener en la vida.

Visualizar un objeto es más importante que conocer cómo se alcanza.

"Visualizar objetivos positivos es tan importante para lograr la felicidad como una buena alimentación lo es para conseguir la salud física". McKay. Pág.150.

CAPITULO III

III. MÉTODO.

En ésta investigación se utilizó el método cuasi-experimental hipotético deductivo

SUJETOS.

Los sujetos con los que se trabajó en el presente estudio, fueron pacientes con paraplejía del Servicio de Neurocirugía sala varones del Hospital de Clínicas Universitario.

La selección se realizó adoptando el criterio de que los sujetos debían tener como única característica el diagnóstico de parólici. de tipo paraplejía. La investigación se realizó con tres sujetos varones, dos de los cuales recibieron el tratamiento y uno no, a los tres días de ocurrido el accidente.

La muestra que se tomó para ésta investigación se considera *nmn muestra* no prnhAhilística llamada también muestra de sujetos tipo o estudio de casos, "cuya ventaja es su utilidad para un determinado estudio, que requiere no tanto de una "representatividad de elementos de una población, sino de una cuidadosa elección de sujetos con ciertas características especificada".Hernandez.(1994).Pág.231.

111.2. MARCO ESPACIAL.

Hospital de Clínicas Universitario, Servicio de Neurocirugía, ^{sala} varones.

*** MARCO TEMPORAL.

La investigación fue realizada durante 15 días, en enero de 1997.

111.4. INSTRUMENTOS

Los instrumentos que se utilizaron fueron los siguientes:

- a) Inventario de síntomas del estrés
- b) Entrevistas
- c) Relajación progresiva
- d) Terapia racional emotiva
- e) Visualización

a) INVENTARIO DE SÍNTOMAS DEL ESTRÉS.

El inventario de síntomas del estrés propuesto por McKay y otros (1985), en su libro *Técnicas Cognitivas para el Tratamiento del Estrés*, fue adecuado a la situación de tipo de pacientes hospitalarios pre-operatorios.

Las modificaciones que se hicieron fueron:

Cambiar la escala de 10 puntos por la escala de 3 puntos, debido a que se observó que era más fácil para el paciente relacionar la escala numérica con el grado de malestar que le producía determinado síntoma.

Dentro del inventario se elaboró 6 ítems para evaluar la parte cognitiva relacionados con la situación en la que se encontraba el paciente y 19 ítems relacionados con los

síntomas físicos que produce el estrés. Este inventario antes de ser administrado a pacientes pre-operatorios del Servicio de Cirugía del Hospital de Clínicas Universitario en la sala varones y sala mujeres respectivamente, para su validación, sufrió varias modificaciones, ya que se fue elaborando durante 6 meses en el Servicio de Traumatología.

b) ENTREVISTAS.

Las entrevistas no fueron estructuradas, se las consideró de diagnóstico, debido a que permitía recabar la mayor información posible de los pacientes, es decir, cómo evaluaban la situación, que era lo que pensaban, que era lo que sentían y que comportamiento adoptaban.

c) RELAJACIÓN PROGRESIVA.

Relajación progresiva de Edmund Jacobson, fue la técnica inicial que se utilizó en el tratamiento experimental en dos de los tres sujetos tipo de la presente investigación.

d) **TERAPIA RACIONAL EMOTIVA.**

De Ellis (1985), fue utilizada para descubrir los pensamientos irracionales de los sujetos, discutirlos → cambiarlos por pensamientos más adecuados y positivos acordes a la situación y a la realidad en que se encontraban.

e) VISUALIZACIÓN.

De McKay y otros (1985), fue utilizada para que por medio de la visualización de imágenes los sujetos puedan aceptar y

evaluar la situación de pérdida por la que estaban pasando, buscar expectativas para el futuro, encontrar un sentido de vida para luego poder adaptarse a la nueva situación reinsertarse al ámbito familiar, laboral y social.

111.5. VARIABLES

111.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE: Técnicas **cognitivo-conductuales.**

Son un conjunto de técnicas psicoterapéuticas que consisten en la modificación de pensamientos irracionales y las conductas para un manejo adecuado del estrés.

111.5.2. **VARIABLE DEPENDIENTE:** Manejo del estrés.

Es la capacidad de afrontamiento ante una situación estresante.

111.5.3. VARIABLE MEDIACIONAL: Pensamientos racionales e irracionales del sujeto.

Pensamientos racionales son aquellos pensamientos apropiados a la situación en que se encuentra el sujeto, comienza con una observación realista y termina con una observación lógica.

Pensamientos irracionales son cualquier pensamiento, emoción o comportamiento que conduce a consecuencias contraproducentes y autodestructivas que interfieren de forma importante en la supervivencia y felicidad del organismo.

TTI 5.4 OPERALIZACION DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	MEDICIÓN	ESCALA
V.I. Técnicas Cognitivo Conductuales	Técnica de Relajación Progresiva	Distensión Reposo		
	Terapia Racional Emotiva (TRE)	Aceptación de uno mismo		
	Técnica de Visualización	Imaginación de Situaciones post - operatoria		
V.D. Manejo del Estrés	Fisiológico	Intranquilidad Tensión Palpitaciones Sudoración Miedo Irritabilidad	Inventario de Síntomas del Estrés	Grado de Malestar Ligero 1 Moderado 2 Extremo 3
	Psicológico	Evaluación que hace el sujeto respecto a la enfermedad		
V.M. Pensamientos Racionales e irracionales del Sujeto	Contenido Psicológico	Pensamientos Lógicos respecto a la situación. Pensamientos que no permiten aceptar la situación	Mediante entrevistas	Adecuado Inadecuado

111.5.5. DISEÑO.

Se utilizó el diseño cuasi-experimental con pre-prueba y post-prueba con un sujeto control, estudio de tres casos.

G1	O 1	X	O 2
G2	O 3		O 4

Donde:

- O1 = Pre-test G1= Grupo experimental
- O2 = Post-test
- X = Variable Independiente
- O3 = Pre-test G2- Grupo control
- O4 = Post-test

La característica distintiva del diseño cuasi-experimental es que los sujetos no se asignan al azar, sino que se los clasifica de acuerdo con alguna característica.

Con excepción de lo anterior se puede indicar que los diseños cuasi-experimentales son muy parecidos a los experimentos verdaderos, la interpretación es igual, las comparaciones son las mismas y los análisis estadísticos son similares.

T E C PROCEDIMIENTO.

El estudio se llevó a cabo en el servicio de neurocirugía del hospital de clínicas en la sala de varones con tres sujetos. Los tres sujetos fueron elegidos por el diagnóstico que presentaban según el informe médico en sus respectivas

hojas clínicas, el cual indicaba que los pacientes sufrían del tipo de parálisis denominada paraplejía, único requisito para que estos pacientes sean sujetos de estudio.

Con dos de los sujetos se trabajó la parte experimental y con uno la parte de control en la investigación.

La investigación se realizó en tres fases:

Fase 1. Esta fase fue de evaluación de observación basándose en el inventario de síntomas del estrés y tres entrevistas.

El inventario de síntomas del estrés estaba elaborado con 25 ítems referidos a situaciones por las que estaban pasando los sujetos. Los sujetos tenían que responder al grado de malestar que les producía cada una de las situaciones, para determinar el nivel de estrés, es decir, leve, moderado o extremo.

La primera entrevista sirvió para obtener los siguientes datos de los sujetos

1. - Datos generales.
- 2.- Historia personal.
3. - Historia familiar.
4. - ntecedentes patológicos.

Mediante la segunda entrevista se pudo conocer la evaluación que los sujetos hacían respecto a su situación.

Mediante la tercera entrevista se pudo determinar los pensamientos irracionales de los sujetos.

Fase 2. - Esta fase es la experimental en la cual se aplica el tratamiento a los dos sujetos, mediante las técnicas cognitivas conductuales: relajación progresiva, terapia racional emotiva, y visualización. Estas técnicas sirvieron para el adiestramiento de los sujetos en el control del estrés.

Relajación progresiva.

La técnica de relajación progresiva se realizó con los dos sujetos seleccionados para la aplicación del tratamiento de manera independiente uno del otro durante cuatro días con dos sesiones diarias,

Primer día.

El sujeto debe aprender a relajar los músculos de las manos, antebrazos y bíceps.

Se le enseñó al sujeto la diferencia entre tensar y relajar los músculos. Debía empezar apretando el puño, tan fuerte como pueda. Se le hizo notar la tensión del puño, mano y antebrazo. Luego se le pidió que se relaje. Este procedimiento debía repetir con el otro puño, para luego hacer dos veces con ambos puños. A continuación debe doblar el codo y tensar bíceps, después relajarlo y notar la diferencia. Repetir dos veces.

Se le advierte al sujeto que durante el proceso de tensión y relajación se le presentarían sensaciones de pesadez, calor, o hormigueo en los brazos, que son normales. Mientras se relajaba se le iba diciendo:

Estas alejando la tensión, te sientes calmado, tranquilo, descansado. El sujeto debía practicar este proceso en forma individual.

Segundo día.

Relajación de la cabeza el cuello y los hombros. Se le explica al sujeto que desde el punto de vista emocional, los músculos más importantes del cuerpo están en la cabeza. Es aquí donde la mayoría de las personas encuentran su tensión.

En ésta sesión se repite los ejercicios del día anterior y se prosiguen con los siguientes: tensión y relajación de la frente, fruncir el ceño y notar la tensión efectuada, cerrar los ojos y apretar los párpados como pueda. Relajar los ojos hasta que estén suavemente cerrados y confortables.

Apretar la mandíbula. Relajar hasta que los labios estén ligeramente separados. Se le recalco al sujeto de la importancia de notar la diferencia entre la tensión y la relajación. Luego apretar la lengua contra el paladar. Relajar. Fruncir los labios en forma de "o" y relajarlos. El sujeto debía disfrutar de la relajación. Sé continuo la tensión y relajación con la cabeza, nuca, cuello, girando nuevamente a la derecha, después a la izquierda.

Presionar la barbilla contra el pecho. Sentir la tensión en la garganta y la tirantez en la parte posterior del cuello, relajarse colocando la cabeza en una posición confortable.

Tercer día.

Ejercicios de respiración.

Aspirar y llenar completamente los pulmones de aire, mantenerlos llenos de aire. El sujeto debía notar la tensión. Luego expirar, dejar el pecho relajado y suelto. Continuar respirando lenta y pausadamente varias veces, sintiendo como sale la tensión del cuerpo con cada expiración.

Cuarto día.

Este día se le enseñó al sujeto el proceso de relajación abreviada, para relajar rápidamente el cuerpo. Luego se repitieron los ejercicios de respiración.

Es importante mencionar que los ejercicios de relajación que se les enseñó a los sujetos (en forma separada) durante la sesión de la mañana, practicaban durante la tarde frente al investigador. Esta técnica también se la realizaba antes de la aplicación de la terapia racional emotiva y la técnica de visualización.

Terapia racional emotiva.

Se aplicó ésta terapia para que el sujeto pueda superar sus sentimientos y conductas inapropiadas que emergían de la situación de postración en que se encontraban por la enfermedad que los aquejaba.

Una vez que los sujetos dieron a conocer sus creencias irracionales se empezó a trabajar con el A.B.C. de la terapia racional emotiva. De lo que se trató con éste proceso fue el de inducir a los sujetos a que reconozcan lo absurdo de sus creencias, ayudar a que éstas sean desechadas y que adopten otras más apropiadas a la situación en que se encontraban.

Durante el trabajo se les enseñó a los sujetos a decirse a sí mismos: lo importante es que estoy vivo a pesar del accidente. Mientras tenga vida, todo se puede solucionar. No sirve de nada que me este quejando, ya pensaré como puedo solucionar mi problema.

Visualización.

Esta técnica se utilizó para que los sujetos acepten la situación en que se encontraban y mediante la visualización de imágenes reorganicen su vida y su inserción posterior a su núcleo familiar y por ende a la sociedad.

Antes 'de empezar a trabajar con la visualización se les explicó en que consistía, además que para comenzar non la misma tenían que estar completamente relajados.

La primera consigna que se les dio a los sujetos fue, que creen una imagen mental de todo lo que recuerden de los momentos en que pasó el accidente. Luego viendo la imagen que analicen lo positivo y lo negativo de esa situación, es decir, si el accidente se podía evitar o ser peor al que han sufrido.

Viendo la imagen del daño físico que han sufrido (inmovilidad de las piernas), cómo podrían ayudar para su rehabilitación.

Visualizar todas las indicaciones del médico, el trato de las enfermeras, el trato de los demás pacientes, visualizar como pensaban que sería el día de la operación, visualizar la forma de reaccionar ante la situación.

Después de hacer varios intentos para que sus piernas vuelvan a movilizarse para poder caminar como antes y visualizando que los intentos son completamente negativos, de acuerdo a los relatos que hicieron se les pidió que tomen conciencia de la situación en que se encontraban y que pese al daño físico que han sufrido, seguían vivos y tenían que encontrar un nuevo sentido en sus vidas, basándose en los recursos físicos con que contaban.

Luego se les pidió a los sujetos que imaginen que pueden ayudar a su rehabilitación, aceptando su nueva situación, visualizando como se propone conseguir nuevos objetivos para afrontar su nueva forma de vida.

Los sujetos debían imaginar un lugar donde quisieran estar después de ser dados de alta del hospital. Luego en ese lugar

imaginar estar ya rehabilitados, verse trabajando en los objetivos fijados valerse por sí mismo y reinsertarse en sus familias y en la sociedad.

Visualizar como las demás personas los aceptaban en sus trabajos, sentirse felices de los logros que estaban obteniendo, mirar sus piernas, pero sin que esa pérdida de la inmovilidad les afecte, porque esa pérdida ya había sido superada. Luego de todo el trabajo de visualización de imágenes se les pidió que abran los ojos y noten una sensación de bienestar, porque ya sabían como solucionarían sus problemas.

Fase 3. - Esta fase fue de evaluación y observación de los resultados obtenidos con el tratamiento a los sujetos experimentales, tomando el inventario de síntomas del estrés para determinar si el nivel de estrés era el adecuado a cada uno ^{se} los sujetos y tres entrevistas:

La primera entrevista se la realizó para evaluar y observar que cambios se produjeron en los sujetos.

La segunda entrevista sirvió para conocer que pensaban los sujetos respecto a su situación.

La tercera entrevista se la efectuó para determinar los pensamientos irracionales de los sujetos.

Al sujeto control también se le tomó el inventario de síntomas y se le realizó las tres entrevistas con la finalidad de evaluar el grado de estrés y si mantenía la misma actitud y los mismos pensamientos irracionales que se determinaron en la fase 1.

ESQUEMA DEL PROCEDIMIENTO

1ª FASE

- Inventario de Síntomas del estrés.
- 1ª. Entrevista Datos generales Historia Clínica.
- 2'. Entrevista Evaluación del sujeto respecto a su situación.
- 3ª. Entrevista Determinar pensamientos irracionales.

2ª FASE

- Tratamiento
- Técnicas cognitivo-conductuales.
 - Relajación
 - T.R.E.
 - Visualización

3ª FASE

- Inventario de Síntomas del estrés.
- 1 . Entrevista Evaluación de resultados después del tratamiento.
- 2ª . Entrevista-Evaluación del sujeto respecto a su situación.
- 3'. Entrevista-Determinar los pensamientos irracionales.

111.5.7. DESCRIPCION

Se presenta una descripción pormenorizada del presente estudio de investigación realizado con el método cuasi-experimental estudio de 3 casos.

Luego de obtener el permiso correspondiente del médico residente del servicio de neurocirugía del Hospital de Clínicas Universitario para realizar el trabajo de investigación con pacientes parapléjicos, se procede al mismo.

En la sala de varones se encontraban tres pacientes con diagnóstico de paraplejía los cuales tenían 45, 40 y 27 años de edad. Al azar se elige al paciente de 45 y 27 años de edad para realizar el tratamiento y el de 40 años de edad como sujeto control.

Se hace la presentación y explicación del trabajo que se realizará a cada uno de los sujetos separadamente, luego se les toma el inventario de síntomas del estrés. (Pre-test).

En la entrevista preliminar se obtienen los siguientes datos del sujeto:

Sujeto 1.

Datos Generales.

Edad: 27 años

Sexo: masculino

Lugar de nacimiento: Sorata

Grado de instrucción: Oto. De primaria

Ocupación: minero

Estado civil: soltero

Lengua materna: aymará

Datos familiares.

Padre: fallecido hace 10 años - era agricultor

Madre : fallecida hace 7 años- era agricultura

Hermanos: 2 varones - 1 mujer

Ocupación: agricultores

Antecedentes patológicos familiares.

El sujeto indicó que sus padres murieron de vejez, no recordó que hubieran tenido alguna enfermedad grave, sólo las comunes como ser: resfrío, tos, y algún otro malestar. La salud de sus hermanos era buena indicó el sujeto.

Antecedentes patológicos del sujeto.

El sujeto indicó que cuando tenía 4 años reía descontroladamente a consecuencia de lo cual en una oportunidad pierde el conocimiento, sus padres le curan haciéndole comer murciélago. Lo que recordó de su niñez fue que le dio enfermedades comunes como ser: varicela, sarampión, resfrío, tos A los 20 años se enfermó con pulmonía lo internaron en el hospital 5 días a partir de ese momento no recordó haber tenido ninguna enfermedad grave, hasta el momento que le ocurre el accidente.

El motivo de la internación del sujeto en el hospital de clínicas en el servicio de neurocirugía sala varones se debió a que sufrió un accidente en el lugar de trabajo, en el interior de una mina cuando se derrumbó un muro y le cayó en el abdomen produciéndole una paraplejía de los miembros inferiores. (Diagnóstico médico).

En la segunda entrevista se observó lo siguiente en el sujeto:

Sujeto que demostró cierto nerviosismo al hablar, incertidumbre respecto a la situación en que se encontraba, pero confiado en la ayuda que podían prestarle sus hermanos y sus compañeros de trabajo. No hace una evaluación de la situación por falta de conocimiento de la misma. Se considera importante explicarle el alcance de la misma a lo que el sujeto reacciona negando, no aceptando que la enfermedad sea grave e indicando que no quería hablar más del asunto porque estaba seguro que volvería a caminar.

En la tercera entrevista en la cual se deben determinar los pensamientos irracionales del paciente, éste se encuentra más tranquilo y dispuesto a continuar el trabajo. Lo primero que se le pregunta es ¿qué piensa de todo lo que le estaba pasando?. A lo que el sujeto responde:

No creo que no pueda caminar

Me parece un sueño.

El doctor dice que no voy a caminar, pero estoy seguro que caminaré

Las enfermeras no vienen, nadie me quiere atender

- Hay momentos que es mejor morir para descansar.
- Pienso en tomar raticida para morir.
- Si no iba a trabajar ese día a otra persona le hubiera pasado.
- No quiero hablar nada hasta después de la operación.
Ellos piensan que no volveré a caminar.
- Mis hermanos deberían estar aquí.
- Tengo miedo de volverme a caer.

Se le insistió al sujeto respecto a la enfermedad indicándole de la gravedad de la misma, de la incapacidad de la movilidad de sus piernas, indicándole que debe tomar conciencia, aceptando, y que es necesario continuar con el trabajo, que no estará sólo, sino que se le ayudará para que el pueda salir adelante y pueda encontrar una nueva expectativa y un sentido en su vida futura.

Al sujeto se le notó bastante cansado debido a la posición en que se encontraba por falta de movilidad del cuerpo. Bastante pensativo después de lo que se habló a su enfermedad. Se le continuó explicando, que la ayuda consistía en trabajar tomando en cuenta las reacciones físicas y los pensamientos que son causa de la situación en que se encontraba. Los pasos que se seguirían serían los siguientes:

1°. Mediante una técnica de relajación se le enseñaría a controlar todos los síntomas que tenía y que estaban interfiriendo en su forma de pensar, de sentir y de actuar.

2°. Mediante la terapia racional emotiva se discutirían los pensamientos irracionales para cambiar por pensamientos racionales y más adecuados.

3°. Trabajar con la técnica de visualización de imágenes positivas las cuales debían ser visualizadas por el sujeto para que después de la operación pueda ver la situación de manera diferente y que todas sus reacciones sean adecuadas y puedan ayudarlo a una pronta rehabilitación.

El sujeto aceptó realizar dicho trabajo el cual se inició al día siguiente.

El tratamiento de adiestramiento para el manejo del estrés tuvo una duración de 10 días, en los cuales el sujeto colaboró bastante, aunque en determinados momentos bajó su interés debido a los siguientes factores:

- Falta de programación del día de la operación.
- La no presencia de los miembros de su cooperativa.
- La desconfianza que demostraban sus parientes respecto a la capacidad de los médicos.
- La no presencia de los miembros de su cooperativa.

El adiestramiento en la relajación progresiva se efectúa en cuatro días, se presentaron algunas dificultades debido a la posición en que se encontraba el sujeto por la falta de movilidad del cuerpo de la cintura para abajo (miembros inferiores).

Sé continuó el tratamiento, con la terapia racional emotiva por el lapso de tres días. Persiste la no- aceptación de la enfermedad, entrando en constantes discusiones con el sujeto sobre los cuatro puntos de la terapia A-B-C-D.

No fue fácil cambiar los pensamientos inadecuados por los más adecuados y reales respecto a su situación, debido a que el sujeto no quiere reconocer que la evaluación e interpretación que hace es errónea. En muchos momentos el sujeto insistía con los pensamientos circulares. Paulatinamente se consigue que el sujeto cambie algunas de sus ideas irracionales y negativas por otras más adecuadas y positivas basándose en la realidad de la situación en que se encontraba.

Luego de siete días de tratamiento con las técnicas anteriores, se sigue el tratamiento con la técnica de visualización de imágenes positivas, para la cual el sujeto prestó toda su colaboración y prestó mucha atención a todas las consignas que se le dio. Se empezó con una relajación breve, el sujeto buscó la postura más cómoda de su cuerpo, el sujeto cerró los ojos, su apariencia era tranquila, aunque en determinados momentos se notaron pequeños parpadeos, su voz fue bajando de un tono fuerte a un tono suave y tranquilo. Escuchó atentamente las consignas y luego de las mismas fue relatando todas las experiencias que vivió imaginariamente

Las primeras imágenes que visualizó fueron las referidas a la situación en que se encontraba, la operación que le realizarían, la ratificación de que no volverá a caminar. Se le pidió que elija un lugar al que le gustaría ir después de salir del hospital, pero siempre acordándose que estaría en una silla de ruedas y que no volvería caminar.

El sujeto eligió Sorata el pueblo donde había nacido. Al encontrarse en su pueblo su relato es triste debido a que nadie le reconoce porque está en silla de ruedas, se le indicó que

tome la iniciativa de acercarse a las personas, de hablarles y contarles del accidente que le ocurrió. Luego de hacer lo que se le indicó se va sintiendo mejor. Se le pidió que piense en que trabajará para sobrevivir, a lo que responde que se ve haciendo canastas para vender y que también se veía vendiendo cosas en un carrito empujado por él mientras esta sentado en su silla de ruedas. Durante el relato su apariencia es de bastante tranquilidad, va reconociendo su pueblo, a las personas y esto le hace sentir bien. En un determinado momento se le presenta otra alternativa para su vida futura y es el de trabajar como secretario en la cooperativa minera.

Para terminar se le pidió que vaya abriendo los ojos y que explique como se ha sentido y que era lo que pensaba. A lo que responde - al principio me sentía nervioso pero luego más tranquilo y además me he dado cuenta que puedo salir de la situación en que me encuentro, pero que no quiero pensar más hasta después de la operación.

Al día siguiente después de la operación la apariencia del sujeto era de tranquilidad, de lo único que se quejaba era de la posición en que se encontraba, ya que debía permanecer sin mover la columna durante 10 días aproximadamente. Ese día empieza la última fase de la investigación, primero se le tomó el inventario de síntomas del estrés (post - test), y los días posteriores tres entrevistas.

La primera entrevista se la realizó para hacer una evaluación de los resultados obtenidos con el sujeto.

Lo que se observó en el sujeto era tranquilidad, confianza y deseos de salir adelante, pero que prefería esperar.

La segunda entrevista sirvió para conocer que pensaba el sujeto respecto a su situación. El sujeto indicó que tenía la esperanza de volver a caminar porque sentía que sus piernas estaban reaccionando, pero que si no lo conseguía trataría a valer por sí mismo lo más importante era que pase el tiempo para intentar solucionar de alguna manera su situación.

La tercera entrevista se la efectuó para determinar los pensamientos irracionales del sujeto.

Ese día el paciente se encuentra muy molesto porque sus hermanos y sus amigos no fueron a visitarle y se sentía sólo. Se nota que influye mucho en el sujeto la falta de afecto de sus parientes y personas allegadas a él.

Los pensamientos irracionales que encuentran en el paciente son los siguientes:

"Pienso que no debería ir ese día a trabajar".

"Si no iba le hubiera ocurrido el accidente a otro compañero".

Para terminar la entrevista y el trabajo con el sujeto se continuó hablando y reflexionando respecto a la situación en que se encontraba. Se le indicó que tenía que tomar muy en cuenta todo el trabajo que se había realizado, y que de él dependía el salir adelante y que tenía que darle más valor a lo que tenía, que a lo que había perdido.

Sujeto 2

Luego de la presentación y explicación del trabajo que se iba a realizar se le tomó al sujeto el inventario de síntomas del estrés (Pre-test).

En la primera entrevista se obtiene los siguientes datos:

Datos generales.

Edad: 45 años

Sexo: masculino

Lugar de nacimiento: La Paz

Grado de instrucción: 4°. De primaria

Ocupación: chofer

Estado civil: divorciado

Lengua materna: castellano

Madre: fallecida

Padre: fallecido

Hijo:

Edad: 10 Años

Grado de instrucción: 4°. De primaria

Datos familiares:

Padre: fallecido (cuando el sujeto tenía 10 años)

Madre: fallecida (cuando el sujeto tenía 15 años)

Hermana.

Edad: 30 años

Grado de instrucción 5°. De primaria

Estado civil: casada

Ocupación: ama de casa

Antecedentes patológicos familiares:

El sujeto indicó que no recordaba mucho de cómo era la salud de sus padres, lo único que recordaba es que murieron a causa de alguna enfermedad. Respecto a la salud de su hermana lo que recuerda es que ella tuvo las enfermedades comunes como ser resfrío, tos, sarampión, varicela y otras, pero ninguna de gravedad. Luego que murieron sus padres los dos hermanos quedaron solos.

Antecedentes patológicos personales.

El sujeto indicó que de su niñez sólo recordaba haber tenido las enfermedades comunes como ser tos, resfrío, varicela, sarampión, dolor de muela, etc. La apariencia del sujeto era de mucho descuido, cabello largo y sucio, tenía muy pocos dientes, su ropa descuidada, físicamente delgado.

El sujeto indicó que vivía sólo debido a que se divorció y su hijo quedó a cargo de la madre.

El motivo de internación en el hospital de clínicas en el servicio de neurocirugía, se debió a que sufrió un accidente cuando se dirigía a su domicilio en estado de ebriedad se cayó, unos vecinos lo recogieron y lo llevaron al hospital, él no recuerda nada más.

En la segunda entrevista se nota cierta preocupación en el sujeto, se lo ve pensativo, triste, como ausente, todo esto debido a que no le visita su hermana. Al hablarle respecto a la situación en que se encontraba y cómo evaluaba la misma el sujeto respondió:

No entiendo como puedo estar así en ésta situación, no puedo ni moverme no sé si volveré a caminar, todo lo que me esta pasando me parece un sueño. En las noches cuando no puedo dormir me pongo a pensar y me da mucha rabia y me desespero, lo peor de todo es que no tengo con quien hablar, mi hermana no viene porque tiene que trabajar y atender a su familia, cuando viene mi hijo me da mucha pena porque le he fallado como padre.

Este accidente que me ha pasado es una desgracia, una mala suerte para mí porque no sé cómo saldré de aquí.

Después de hablar en esa forma el sujeto se puso muy triste y se notó que tenía ganas de llorar, a lo que se le incitó para que lo haga.

En la tercera entrevista, en la que se debía determinar los pensamientos irracionales del sujeto, primero se le recordó el motivo del trabajo que se estaba realizando y que si él colaboraba se le podría ayudar a salir adelante. La pregunta que se le hizo fue ¿ qué era lo que pensaba respecto a lo que estaba pasando?

El sujeto respondió:

- Tengo miedo de lo que me está pasando.

- Siempre me va mal.
- Las enfermeras piensan que miento cuando digo que me duele.
- No debería estar aquí.
- Nadie se acuerda de mí.
- Los médicos no me atienden.

Luego de escuchar los pensamientos irracionales del sujeto, se retoma la entrevista hablando de la gravedad de la enfermedad y de la importancia que tiene la intervención quirúrgica. El sujeto se encontraba bastante cansado debido a la posición en que se encontraba por lo que se da por terminada la entrevista, previa indicación que a partir del día siguiente se empezaría el tratamiento.

El tratamiento para el manejo adecuado del estrés tuvo una duración de 10 días, el sujeto colaboró bastante, aunque en determinados momentos se presentaron interferencias que hacían que pierda la motivación y estas eran:

- La falta de interés de su hermana.
- Problemas económicos.
- El no encontrar el sentido para su vida futura.
- El sentirse sólo.

Como se indico anteriormente el tratamiento se inicio con la técnica de relajación progresiva la cual se efectúa durante 4 días con algunas dificultades debido a la posición en que se encontraba el sujeto y la falta de movilidad de los miembros inferiores causada por el accidente.

Se continuó con la terapia racional emotiva para cambiar los pensamientos irracionales que tenía el sujeto por pensamientos más adecuados acordes a la situación en que se encontraba, para ello se tuvo que discutir sobre los cuatro puntos de ésta técnica A.B.C.D.

No fue fácil cambiar los pensamientos, debido a la falta de sentido de vida del sujeto, a la falta de aceptación de la pérdida y al cambio que sufriría su vida futura. Durante los 3 días que se trabaja con la terapia racional emotiva se trató de hacer entrar en razón al sujeto haciéndole ver su realidad, haciéndole notar lo perjudiciales que eran sus pensamientos inadecuados y lo mucho que le ayudarían pensamientos adecuados y positivos.

Luego se trabajó con la técnica de visualización la cual se inició con una relajación breve del sujeto y con las siguientes consignas: ponerse en una posición lo más cómoda posible, luego cerrar los ojos, tratar de recordar e imaginar cómo ocurrió el accidente, si pudo haberse evitado, o pudo ser peor. Luego el sujeto debía cambiar aquellas imágenes negativas por imágenes positivas para ello se le iba guiando, tomando en cuenta todos los factores negativos que se fueron determinando tanto en las entrevistas como en la terapia racional emotiva. Por tales razones es que se le ayudó a que encuentre un sentido de vida para su futuro, para que pueda aceptar su nueva situación, adaptarse a la misma y lograr su rehabilitación.

Se le pide que imagine algo que podría hacer desde su silla de ruedas, tomando siempre en cuenta que no volverá a caminar y que tiene que valerse por sí mismo, tratando más bien

de hacer algo por los demás. El sujeto se tomó bastante tiempo para visualizar las imágenes, luego fue relatando pausadamente: Lo primero que me imagino es mi operación veo a varios doctores, tengo miedo porque no sé que me va a pasar, no le veo a mi hermana, estoy sólo y me da mucha pena. Se le interrumpe al sujeto para indicarle que imagine otra cosa que le haga sentir mejor, que sea algo después de su operación haciendo algo por las demás personas, imaginar cómo podría ayudarles. Se lo nota más tranquilo al sujeto por un momento se queda callado, luego dice: me imagino que estoy saliendo del hospital, pero no estoy yendo a mi cuarto, estoy yendo a otro lugar donde hay personas enfermas, es como un hospital, se parece, me veo ayudando, haciéndole comer a una persona, hablando con otra pienso que voy a poder, también puedo trabajar arreglando zapatos o puedo aprender a coser chamarras, pero no quiero irme a mi casa porque voy a tener que estar solo. Se le vuelve a interrumpir indicándole que vuelva a imaginarse pero siempre viéndose en silla de ruedas, y que diga en cual de los lugares se siente mejor, más tranquilo y más seguro.

Como después de las anteriores interrupciones el sujeto se queda callado por unos instantes y luego dice: otra vez me estoy imaginando que ya no estoy en el hospital, estoy en ese lugar como hospital, hay mucha gente, voy por todas partes en mi silla de ruedas, a veces me da miedo caerme, hay también niños, pero no están enfermos, estoy tranquilo porque ya no estoy solo y sé que puedo ayudar a otras personas, antes cuando era sano no pensaba en las demás personas. Se le pide al sujeto que para terminar el trabajo por un momento no hable y que luego abra los ojos despacio y que diga cómo se ha sentido. El

sujeto indica - al principio no podía imaginarme nada, tenía miedo y me daba mucha rabia de estar así, pero después cuando me he ido imaginando y dando cuenta que puedo hacer cosas para ayudar a otras personas y que todavía puedo trabajar me he sentido mejor y me ha gustado hacer este trabajo.

Se le indicó al sujeto que se volvería a trabajar con la última fase de la investigación después de su operación.

Al día siguiente después de la operación se le encontró al sujeto con mucho dolor, muy molesto por la posición en que se encontraba. Se le tomó el inventario de síntomas del estrés (post - test) y se le indicó que a partir del día siguiente se continuaría con tres entrevistas para terminar el trabajo.

En la primera entrevista de observación y evaluación del sujeto, se vio que el sujeto estaba tranquilo, pese a que debía permanecer entre 10 a 15 días casi sin moverse y que luego de ese tiempo empezaría el trabajo de rehabilitación. No se notó ninguna reacción negativa de inseguridad, rabia, o que estuviera estresado como se observó en las entrevistas iniciales.

En la segunda entrevista la evaluación que hizo el sujeto respecto a su situación fue la siguiente: Estoy bastante tranquilo, sé que pasarán, rápido los días. El doctor dice que me ayudarán con fisioterapia para que adquiera fuerzas en mis brazos. Sé que aprenderé a sentarme en la silla de ruedas, a bajar de la cama, tengo que ser independiente, porque como no tengo familia, no hay quien me ayude.

La tercera entrevista se la efectuó para determinar los siguientes pensamientos irracionales del sujeto, el que se encontraba preocupado porque no se acordaban de él, ni su hermana, ni sus amigos y dijo que él tenía la culpa de lo que le pasaba, pero que pese a todo debería sentirse bien porque quería salir adelante.

Los pensamientos irracionales del sujeto fueron:

- " Nadie se acuerda de mí".
- " Yo tengo la culpa de todo".
- " Debería sentirme bien".

Para terminar la entrevista y el trabajo con el sujeto, se continuó hablando de la situación en que se encontraba, del trabajo que se había realizado y de lo importante que debía ser para él haber encontrado un sentido a su vida, el saber que pese a que no podría caminar nunca más, su vida tendría más sentido con la ayuda que prestaría a otras personas.

Sujeto Control.

Luego de la presentación y explicación se prosigue tomando el inventario de síntomas del estrés (Pre -test).

Primera entrevista de observación y recolección de datos generales.

Datos Personales.

Edad: 40 años - Sexo: masculino

Lugar de nacimiento: La Paz

Grado de instrucción: 6°. De primaria.

Ocupación: mecánico

Estado civil: casado

Lengua materna: aymará

Datos familiares.

Madre

Edad: 65 años

Grado de instrucción: no entró a la escuela

Ocupación: agricultora

Padre

Fallecido

Esposa

Edad: 35 años

Grado de instrucción: 4°. De primaria

Ocupación: ama de casa

Hermana

Edad: 45 años

Grado de instrucción: 3°. De primaria

Ocupación: comerciante

Estado civil: soltera

Antecedentes patológicos familiares.

El sujeto indicó que no recordaba que hubiera tenido comunes. Su [] algún miembro de ninguna enfermedad grave padre murió por vejez su familia, solo las

Antecedentes patológicos personales

El sujeto indica que en comunes como ser: tos, su niñez resfrío, sarampión, tuvo las enfermedades dolor de estómago y dolor de cabeza. En su adolescencia ninguna enfermedad que considere de gravedad. su varicela, alguna vez

Motivo de internación.

El motivo

de la internación del sujeto en el Hospital de Clínicas Universitario, en el servicio de Neurocirugía. Resionándose un accidente al rodar las gradas de columna. de se debió de paraplejía de los miembros inferiores. El diagnóstico que dio el médico fue su casa

En la segunda entrevista con el sujeto se observa lo siguiente:

Sujeto de apariencia tranquila, de hablar. Cuando se le preguntó que mostraba seguridad al situación respondió - pensaba respecto a su médicos me interesa más en este momento es no pueda esta posición y que no pase más el tiempo porque que /os que postergan la fecha de la operación, Me da rabia lo si no fuera mi familia,

creo que no podría soportar esta situación, no puedo mover mi cuerpo desde la parte de mi pecho hacia abajo, pero después de la operación voy a estar mejor-

Se consideró de mucha importancia explicar al sujeto la gravedad de su enfermedad y los alcances de la misma y como afectaría en su vida futura, debido a que el sujeto no demostró conocimiento alguno.

En la tercera entrevista en la que se debían determinar los pensamientos irracionales del sujeto, éste se encuentra muy irritado debido a que la fecha de la intervención quirúrgica fue postergada nuevamente. Cuando se le pregunta qué es lo que pensaba respecto a su situación. El sujeto entre muchas cosas dijo:

- "Parece que nunca me van a operar".
- "No les importo a los médicos".
- "Si no me operan rápido me voy a empeorar".
- "No debería salir ese día con mis amigos".

Para terminar la entrevista se le reiteró al sujeto la importancia que tenía su enfermedad y que debía tomar conciencia de la misma, ya que de eso dependía su nueva forma de vida.

Al día siguiente después de la intervención quirúrgica se volvió a entrevistar al sujeto. Se le tomó el inventario de síntomas del estrés indicándole que en los días posteriores se haría tres entrevistas más para terminar el trabajo.

En la primera entrevista se encontró un sujeto bastante confundido, primero, porque debía permanecer de 10 a 15 días en una sola posición y segundo porque le molestaba tener que depender de otras personas. Se notó inseguridad y desconfianza en el sujeto.

En la segunda entrevista en la que el sujeto debía evaluar su situación, éste indicó lo siguiente:

- La situación en que me encuentro es difícil de aceptar, hasta ahora no puedo creer que no volveré a caminar, tengo que hacer algo, no puedo quedarme así, no me gusta tener que depender de los demás. Lo peor es no saber que me va a pasar después de estos 15 días, cómo saldré adelante-

En la tercera entrevista se determinan los siguientes pensamientos irracionales en el sujeto:

- " Nadie sabe por lo que estoy pasando".
- " Estoy seguro que caminaré".
- " Mis amigos tienen la culpa".
- " No debería estar aquí enfermo".

En esta entrevista se observó incertidumbre, inseguridad y mucha confusión en el sujeto, es decir, un desequilibrio emocional bastante notorio.

En todo el trabajo que se realizó con el sujeto control también se observó bastante apoyo de la familia, cada día había por lo menos una persona cuidándole y atendiendo a sus necesidades.

CAPÍTULO IV.**IV. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.**

En el presente capítulo se presenta el análisis de los resultados obtenidos con el inventario de síntomas del estrés que fue utilizado como pre - test y post - test en la presente investigación.

El inventario de síntomas del estrés constaba de 25 ítems de los cuales 6 eran para determinar el grado de malestar que le producía la situación en que se encontraba y cómo interfería en sus pensamientos.

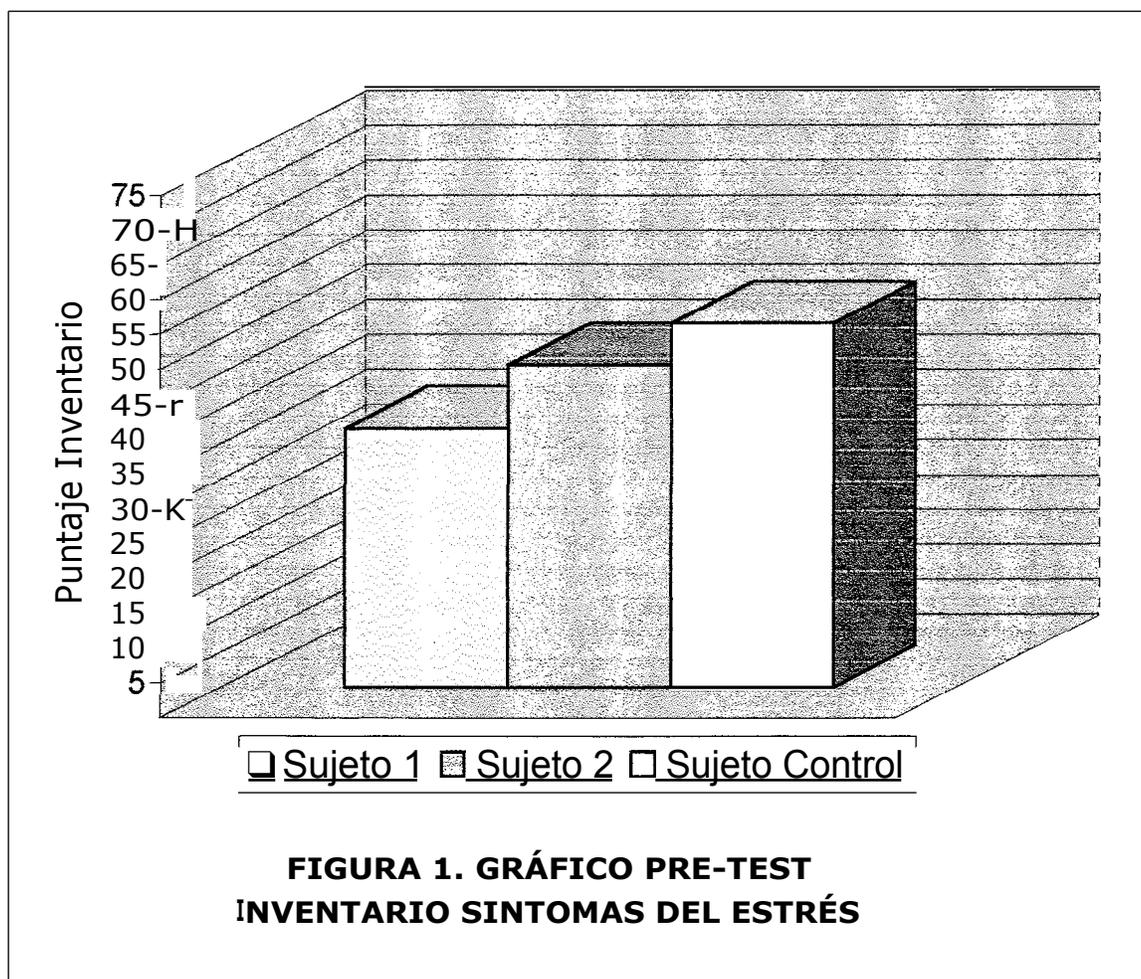
Los 19 ítems restantes estaban dirigidos a síntomas físicos propios del estrés que se presentaban en el sujeto y el grado de malestar que le producían.

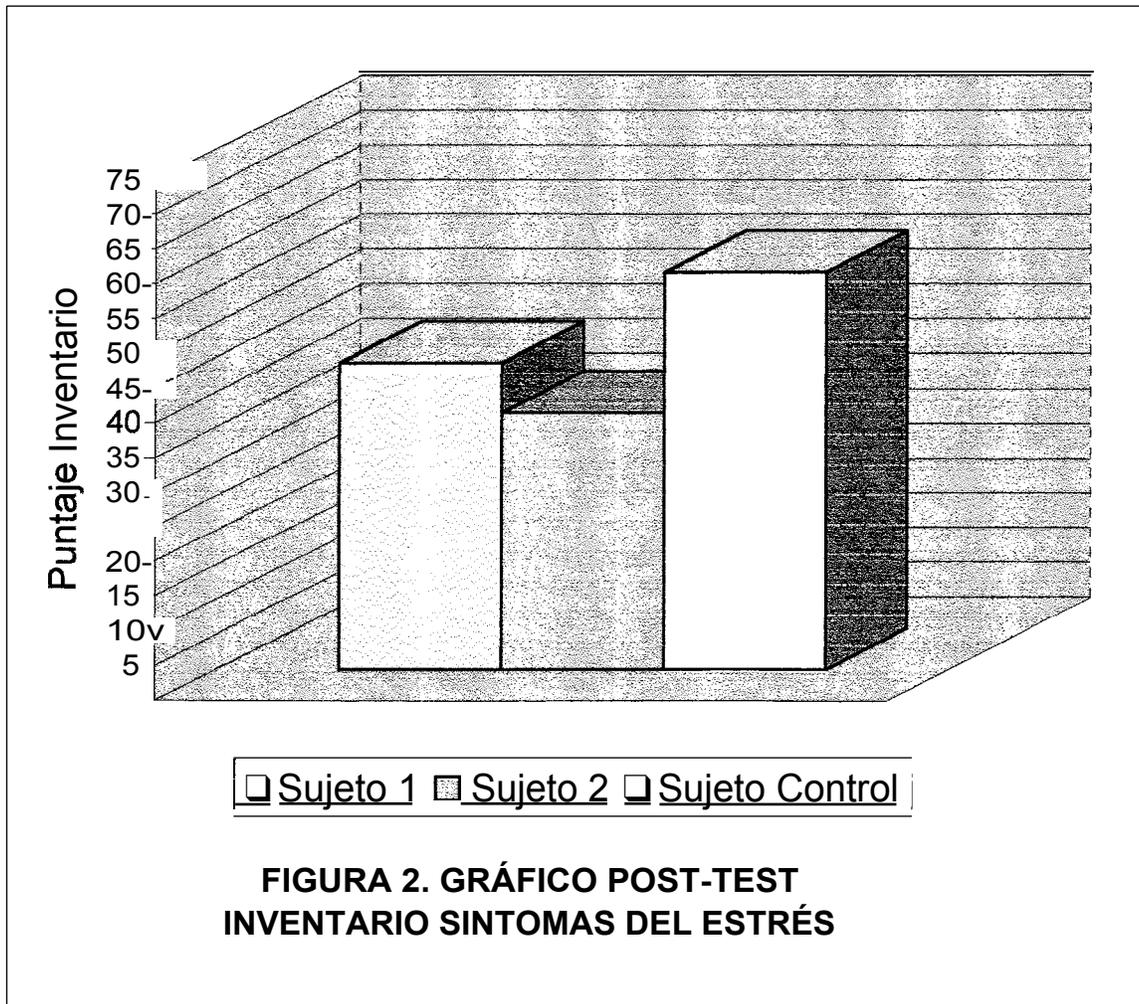
Puntaje obtenido con el pre - test.

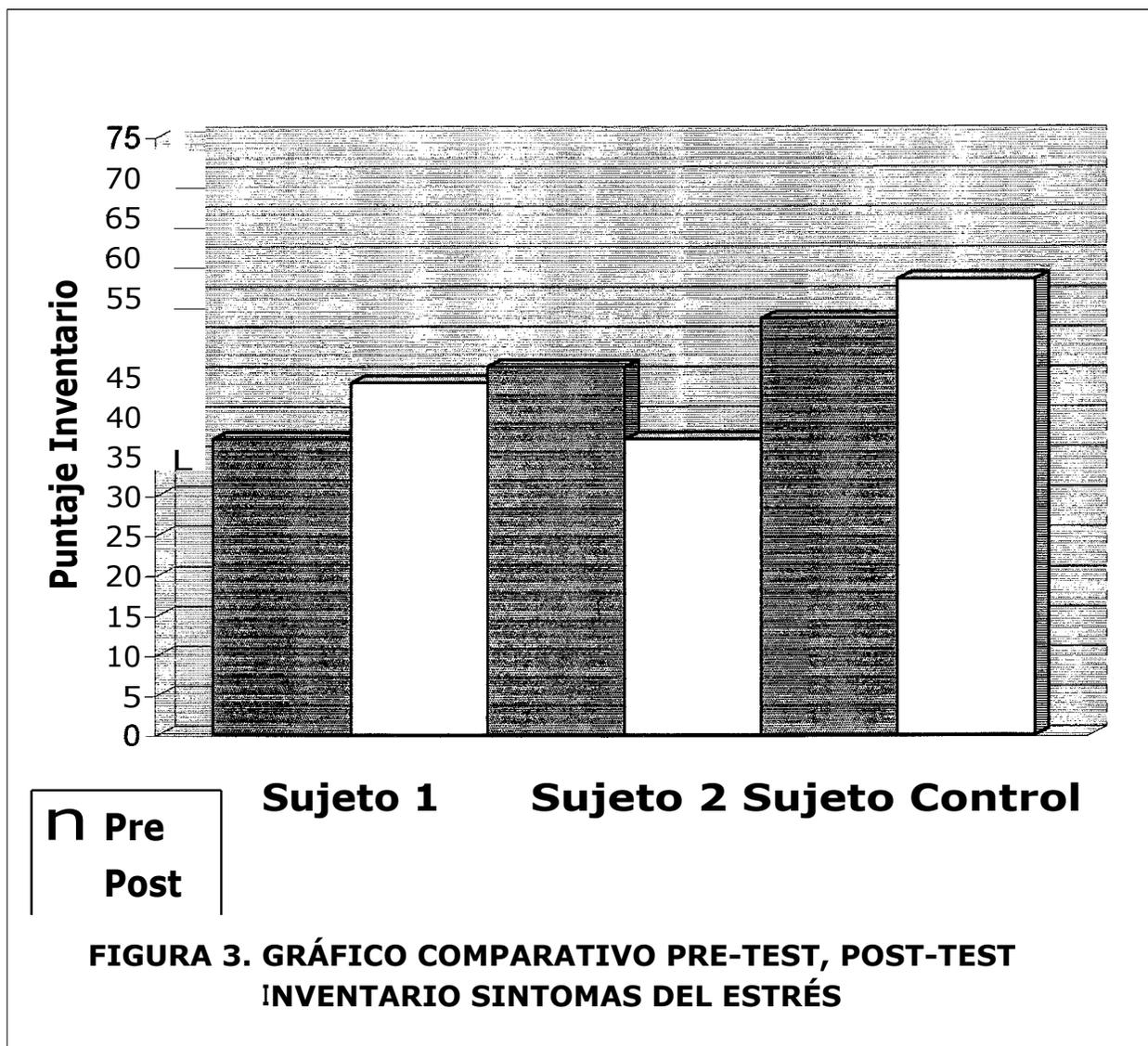
	Ligero	Moderado	Extremo	Puntaje
Sujeto uno	15	16	6	37 puntos
Sujeto dos	8	26	12	46 puntos
Sujeto Control	3	28	21	52 puntos

Puntaje obtenido con el post - test.

	Ligero	Moderado	Extremo	Puntaje
Sujeto uno	9	26	9	44 puntos
Sujeto dos	17	14	6	37 puntos
Sujeto Control	3	24	30	57 puntos







A continuación se presentan los pensamientos irracionales que se determinaron en cada uno de los sujetos antes del tratamiento y después del tratamiento.

Pensamientos irracionales antes de la intervención.

Sujeto experimental uno:

Pensamiento polarizado

"Estoy seguro que caminaré"

Sobregeneralización

"Nadie me quiere atender"

Interpretación del pensamiento

"Ellos piensan que no volveré a caminar"

Visión catastrófica

"Tengo miedo de volver a caer"

Los debería

"Si no hubiera ido a trabajar ese día a otro compañero le hubiera pasado."

Al analizar los pensamientos irracionales del sujeto experimental uno antes de la intervención quirúrgica, encontramos que todavía no ha recibido toda la información acerca de la enfermedad y no sabe cuales son las implicaciones de la misma.

También se puede encontrar que el sujeto utiliza mediadores cognitivos, los cuales le permiten distorsionar sus pensamientos frente a la realidad que se le presenta.

Sujeto experimental uno:

Pensamientos irracionales después de la intervención.

Interpretación del pensamiento

"No les importo a mis hermanos"

Los debería

"Pienso que no debería ir ese día a trabajar"

Después de la intervención quirúrgica encontramos que el sujeto experimental uno si bien mantiene los mediadores debería, ya ha tomado más conciencia respecto a su enfermedad y a la aceptación de la misma.

Sujeto experimental dos:

Pensamientos irracionales antes de la intervención.

Filtraje

"Los médicos no me atienden"

Sobregeneralización

"Siempre me va mal"

Interpretación del pensamiento

"Las enfermeras piensan que miento"

Los debelí

"No debería estar aquí"

En los pensamientos irracionales del sujeto experimental dos antes de la intervención quirúrgica, se puede observar cierto grado de subjetividad en la percepción que tiene de la situación por la que esta pasando.

Sujeto experimental dos:

Pensamientos irracionales después de la intervención.

Sobregeneralización

"Nadie se acuerda de mí"

Culpabilidad

"Yo tengo la culpa de todo lo que me ha pasado"

En los pensamientos irracionales del sujeto experimental dos después de la intervención quirúrgica encontramos que la falta de afecto lo tiene muy perturbado que hace una generalización arbitraria y se autocondena respecto a la situación que se encuentra.

Sujeto control

Pensamientos irracionales antes de la intervención.

Sobregeneralización

"Parece que nunca me van a operar"

Interpretación del pensamiento

"No les importo a las enfermeras"

Visión catastrófica

"Si no me operan rápido voy a empeorar"

Culpabilidad

"Mis amigos tienen la culpa"

Los debería

"No debería salir con mis amigos"

En los pensamientos irracionales del sujeto control antes de la intervención quirúrgica, se encuentran mediadores cognitivos, descontrol emocional e incertidumbre respecto a la situación por la que está pasando.

Sujeto control

Pensamientos irracionales después de la intervención.

Sobregeneralización

"Nadie me ayuda"

Pensamiento polarizado

"Estoy seguro que caminaré"

Culpabilidad

"Mis amigos tienen la culpa"

Los debería

"No debería estar así enfermo"

Los pensamientos irracionales del sujeto control después de la intervención quirúrgica, muestran una falta de aceptación de la situación y poca información respecto a la enfermedad.

CAPÍTULO V.

V. CONCLUSIONES Y DISCUSION

Después de analizar los resultados obtenidos en el presente estudio, se llegó a las siguientes conclusiones:

En lo que respecta a la hipótesis de investigación planteada ésta no ha sido refutada de acuerdo a los resultados obtenidos: "La aplicación de técnicas cognitivo-conductuales facilitan el manejo del estrés en pacientes parapléjicos".

Al referirse a los sujetos experimentales se puede indicar que después de la aplicación de las técnicas cognitivo-conductuales se pudo observar un cambio significativo, lo cual fue corroborado después de la aplicación del post-test con el inventario de síntomas del estrés. Aunque vale la pena recalcar la diferencia existente entre los dos sujetos experimentales con respecto al nivel rango de tolerancia del estrés que presentaban cuando se les aplicó el pre-test, tomando en cuenta que ambos se encontraban en la misma situación de pérdida de la movilidad de los miembros inferiores.

Es importante mencionar que con las entrevistas realizadas no sólo se determinó el nivel rango de tolerancia del estrés, sino también otros factores que no permitían un manejo adecuado del estrés como ser: la evaluación que hacían respecto a la situación en que se encontraban, los pensamientos irracionales, y también la falta de sentido de vida en cada uno de los sujetos.

Estos resultados que se obtuvieron en la primera fase de la investigación permitieron realizar un abordaje acorde con cada uno de los sujetos en la aplicación de las técnicas cognitivo-conductuales, es decir, si bien el tratamiento diseñado se basaba en la relajación progresiva, la terapia racional emotiva y la visualización de imágenes, no se podía aplicar en la misma forma a los dos sujetos experimentales por las diferencias mencionadas anteriormente.

En el caso del sujeto uno, se tiene que los resultados del pre-test y de las entrevistas realizadas indicaban un estrés por debajo del nivel rango de tolerancia que requería para su aceptación y adaptación a la situación en que se encontraba.

En el caso del sujeto dos, se tiene que los resultados del pre-test y de las entrevistas realizadas indicaban un estrés por encima del nivel rango de tolerancia que requería para que no sea un interferente en la situación en la que se encontraba.

En el caso del sujeto control se tiene que los resultados del pre-test y de las entrevistas realizadas indican un estrés por encima del nivel rango de tolerancia del estrés que no le permitían un adecuado afrontamiento de la situación.

La aplicación del inventario de síntomas del estrés dio el resultado esperado, ya que lo que se pretendía era conocer el grado de malestar que producía la situación en que se encontraban y los síntomas que se les presentaban a cada uno de los sujetos. Al mismo tiempo permitía conocer el nivel rango de tolerancia del estrés y el grado de interferencia.

Se llegó a la conclusión de que las técnicas cognitivo-conductuales propuestas para este estudio, fueron las más adecuadas porque permitieron trabajar de manera integral con los sujetos, es decir, con la parte cognitiva, emocional y conductual.

También se puede indicar que se lograron los objetivos plantados: Así se tiene que el objetivo general se cumplió al identificar los efectos de la aplicación de las técnicas cognitivo-conductuales para el control del estrés, en pacientes parapléjicos, los cuales según los resultados fueron positivos en los dos sujetos experimentales.

Los objetivos específicos se cumplieron, ya que se identificaron los pensamientos irracionales de los pacientes con paraplejía, se pudo adiestrar en el control del estrés a través de las técnicas cognitivo-conductuales y se encontró la diferencia entre los pensamientos irracionales y la pérdida de sentido de vida de los pacientes con paraplejía.

En el caso del sujeto uno, se tuvo que trabajar confrontándolo constantemente con la situación de pérdida y de no-recuperación de la movilidad de los miembros inferiores, para que pueda aceptar y además para que el nivel de estrés suba al nivel adecuado. También se tuvo que trabajar con los pensamientos irracionales del sujeto, tomando siempre en cuenta la realidad en la que se encontraba para poder discutir cada uno de los pensamientos irracionales y hacer que el sujeto cambie por pensamientos positivos o más adecuados.

Según los resultados obtenidos de los pensamientos irracionales del sujeto, estos no desaparecen completamente, pero tampoco interfieren de manera determinante en la adaptación del sujeto.

Al aplicar la técnica de visualización de imágenes se pudo observar mayor interés por parte del sujeto, aceptación de la situación y deseos de colaborar para su pronta rehabilitación, aunque en determinados momentos mostró cierta desconfianza hacia los demás.

En el caso del sujeto experimental dos, se tuvo que trabajar para bajar el estrés a un nivel adecuado a los requerimientos del sujeto. En el caso de éste sujeto se determina como una causa muy importante la falta de sentido de vida que interfiere y no le permite el control inmediato del estrés, ni el de tener nuevas expectativas.

Durante la aplicación de las técnicas cognitivo-conductuales se trabajó con el sujeto tomando en cuenta todo lo mencionado anteriormente, consiguiendo una adecuada relajación, discutiendo los pensamientos irracionales del paciente frente a la realidad en la que se encontraba, y durante la visualización de imágenes ayudándole a encontrar el sentido de vida que tanto necesitaba para la aceptación a la nueva situación a su adaptación y a su pronta rehabilitación.

Luego de tomar el post-test a los tres sujetos, se pudo determinar que el estrés de los dos sujetos experimentales estaba en el nivel rango de tolerancia adecuado a cada uno de

ellos, y no así en el caso del sujeto control que se mantenía elevado.

Después de llegar a la conclusión de que la hipótesis no fue refutada y los objetivos se cumplieron, se debe también mencionar que el trabajo realizado ha permitido ayudar a resolver el problema planteado originalmente, ya que la aplicación de técnicas cognitivo - conductuales permiten un adecuado manejo del estrés en pacientes parapléjicos, así también ha permitido ver la importancia que tienen los procesos cognitivos: percepción, emoción y pensamientos en el ser humano y como estos pueden distorsionarse e interferir en la vida de cada una de las personas frente a una situación de amenaza y pérdida como en el caso de pacientes con paraplejía.

Es necesario también mencionar la influencia que tiene que cada uno de los pacientes pueda encontrar el sentido de vida, ya que esto le va a permitir tener nuevas expectativas y fijar una meta para lograr su pronta rehabilitación e inserción en el ámbito familiar, laboral y social.

Vale la pena mencionar que el modelo teórico del estrés que se utilizó en esta investigación dio el resultado esperado, considerando que éste modelo fue una complementación de varios otros modelos, debido a que se tenía que trabajar de manera integral dada la característica de los sujetos, que no sólo estaban pasando por una amenaza psicológica sino también por una pérdida física con la enfermedad de paraplejía que sufrían. Los modelos teóricos utilizados fueron: el del aprendizaje del signo de Tolman (1977), que se basa en el seguimiento que hace el sujeto de los signos hacia una meta, por medio del

aprendizaje de significados siguiendo un mapa cognoscitivo. El de Lazarus y Folkman (1986), que toman como centro los conceptos de evaluación, afrontamiento y reevaluación de la situación estresante, el de la teoría de la motivación de Victor Frankl (1988), a la que llama voluntad de sentido, centrada en aquella necesidad que está en lo más profundo del hombre, esa necesidad de encontrar sentido en cada una de las situaciones de su vida.

La teoría del aprendizaje del signo permitió trabajar con la percepción de los sujetos respecto al significado que cada uno de ellos le daba a la situación, el cual estaba determinado por el aprendizaje que tenían y como estaba estructurado el mapa cognoscitivo. En el trabajo que se realizó se tuvo que hacer una reestructuración de alguna de las ideas o conocimientos de los sujetos, ya que no le permitían evaluar ni dar una respuesta positiva a la situación, ni tener nuevas expectativas para su rehabilitación.

El modelo de Lazarus permitió trabajar con los procesos cognitivos de evaluación y afrontamiento de cada uno de los sujetos, es decir, cómo evaluaban la situación de pérdida de la movilidad de los miembros inferiores debido a la enfermedad de paraplejía, cómo afrontaban la situación, y cual era el grado de interferencia que les producía el estrés. Luego de determinar las respuestas, se trabajó en la reestructuración cognitiva de los procesos de evaluación y afrontamiento, haciendo una reevaluación de la situación y utilizando las estrategias más adecuadas para el afrontamiento de la situación.

La reevaluación de la situación también permitió que cada uno de los sujetos pueda manejar adecuadamente el estrés y cambiar los pensamientos irracionales, por pensamientos racionales, y los pensamientos negativos, por pensamientos positivos acordes a la realidad que se les presentaba.

La teoría de la motivación de Victor Frankl permitió encontrar el sentido de vida que tenía cada uno de los sujetos antes de sufrir el accidente y ser parapléjicos, es decir, que los sujetos antes del accidente eran personas independientes con una vida bien estructurada y organizada, pero después del accidente pasan a ser personas dependientes debido a que perdieron la movilidad de los miembros inferiores y se sentían amenazados psicológicamente por el estrés que no podían manejar adecuadamente.

Esta teoría no solo permitió encontrar el sentido de vida, sino también que cada uno de los sujetos pueda tener expectativas para el futuro, dentro de las cuales estaban: la de una pronta rehabilitación para su reinserción en el ámbito familiar, laboral, y social, además de lograr una salud mental y mejor calidad de vida-

El tema adiestramiento para el control del estrés en pacientes parapléjicos del servicio de Neurocirugía del Hospital de Clínicas es muy importante, si se considera que de la salud mental de la persona va a depender de cómo ésta pueda evaluar y afrontar una situación adecuadamente para luego adaptarse a la misma.

En los resultados obtenidos del inventario de síntomas del estrés se encuentra que cada uno de los sujetos experimentales después de la aplicación del tratamiento basado en las técnicas cognitivo-conductuales llega a un nivel adecuado, es decir, al nivel rango de tolerancia propio de cada uno de los sujetos, a diferencia del sujeto control que su nivel rango de tolerancia se mantiene elevado.

De los datos obtenidos referente a los pensamientos irracionales se tiene que antes del tratamiento los sujetos presentaban pensamientos irracionales frente a la falta de aceptación de la situación de pérdida de la movilidad de las extremidades inferiores incluyendo al sujeto control a diferencia de los datos obtenidos después de la aplicación del tratamiento. a los sujetos experimentales cuyos resultados son muy alentadores, si bien no desaparecen todos los pensamientos irracionales, hay una acentuada aceptación de la situación quedando únicamente aquellos pensamientos propios de una persona que sufre un accidente y presenta sentimientos de culpa o falta de reconocimiento de los demás.

Se debe considerar que los pensamientos irracionales así como el estrés no son determinantes en la vida de la persona debido a que son indicadores individuales. La influencia y la interferencia en la vida de la persona va a depender de la forma de evaluar, afrontar, discutir cada situación que se le presente a la persona como en los casos de la presente investigación.

Si tomamos en cuenta que a los dos sujetos experimentales se les aplicó el mismo tratamiento basado en técnicas

cognitivo-conductuales para el manejo adecuado del estrés, era de esperar que los resultados sean similares, ya que ambos sujetos se encontraban frente a la misma situación de pérdida de la movilidad de las extremidades inferiores, es decir la enfermedad de paraplejía.

Pero es importante reconocer lo que indican Lazarus y Folkman (1986) el afrontamiento que adopta cada persona es diferente, considerando que no toda persona tiene los mismos recursos como (salud y energía física), creencias existenciales y creencias generales, recursos para la solución de problemas, recursos sociales y hasta recursos materiales.

Durante el tiempo que se realizó la investigación se observaron muchos aspectos negativos como ser:

El poco conocimiento que tienen los sujetos respecto a las reacciones que produce el estrés en el organismo cuando no es controlado adecuadamente, cómo perjudica y cómo va retrasando la recuperación de la salud, y cuan necesario es un aprendizaje de una inteligencia emocional que pueda permitir controlar las emociones negativas y por consecuencia las reacciones que son un riesgo para la salud física y peor aún en el caso de pacientes parapléjicos que se ven afectados por la pérdida de la movilidad de los miembros inferiores.

Se considera de mucha importancia que no sólo las personas que sufren una enfermedad aprendan a tener una inteligencia emocional sino también todas las personas porque así se conseguirá una mejor salud mental y calidad de vida.

También se observó muchos aspectos negativos de la institución hospitalaria que no ayudan a que un paciente parapléjico pueda tomar conciencia de la situación en que se encuentra para luego aceptarla: la relación médico paciente es inadecuada, no hay una relación de afecto ni comprensión, al paciente no se le considera como un ser humano que esta siendo afectado física y psicológicamente con la paraplejía, no hay una comunicación directa, el paciente no recibe la información necesaria respecto a lo que le esta pasando, la información que le llega durante la visita médica es en términos incomprensibles, o distorsionada debido a que recibe de terceras personas, estas pueden ser de familiares, amigos o personal de limpieza, dejándolo en una incertidumbre total.

Otro aspecto es el económico que interfiere en cada uno de los pacientes, haciendo que constantemente estén preocupados e incluso retrasando la intervención quirúrgica o algún tipo de tratamiento requerido por los médicos.

Seguramente en ésta investigación se ha pasado por alto muchas variables que podían servir para profundizar más el trabajo y hacer un análisis más exhaustivo de los diferentes tipos de estresores que dan lugar a un estrés negativo que no permite la aceptación de una situación de enfermedad como es el caso de pacientes parapléjicos o cualquier otro tipo de pacientes hospitalarios.

Es por ésta razón que para llevar a cabo un trabajo más profundo de las causas y de las repercusiones que tiene el estrés en pacientes, se sugiere no solamente realizar investigaciones con pacientes pre-operatorios o post-

operatorios, sino más bien realizar con pacientes que llegan a la consulta externa para que el médico especialista dé su diagnóstico, se supone que el trabajo con éste tipo de pacientes puede ser muy beneficioso ya que permitiría elaborar un programa de prevención en el control no sólo del estrés sino también de las diferentes reacciones que produce éste tipo de situaciones en la vida de las personas.

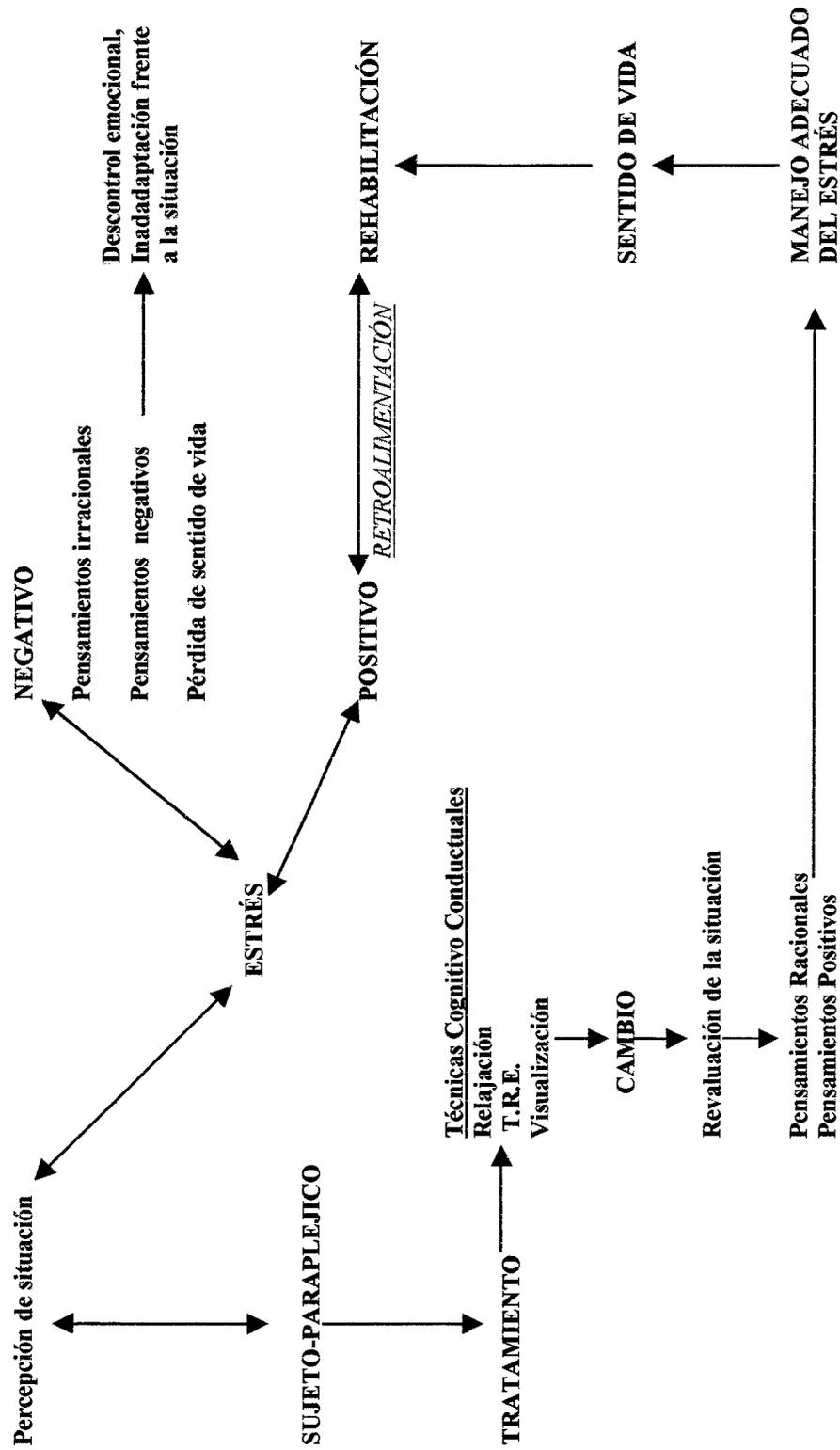
Se insiste en el trabajo con pacientes hospitalarios debido a que se cree de mucha importancia que el paciente pueda reestructurar sus procesos cognitivos para evaluar y afrontar cada nueva situación que se le presente en su vida cotidiana y mejor aún en una situación de enfermedad, ya que esto le podría permitir una adaptación y rehabilitación para una posterior reinserción en el ámbito familiar, laboral y social.

Otro de los planteamientos que se puede hacer para futuras investigaciones es el trabajo con personas que están en directa relación con el paciente, y es el caso de los médicos, enfermeras y personal de servicio, planteamiento que se origina de la observación que se realizó en el transcurso de la presente investigación y que se mencionó en párrafos anteriores.

Si se piensa que dentro de los objetivos de todo centro hospitalario está la recuperación del paciente, entonces no vale la pena trabajar aisladamente, sino más bien de manera multidisciplinaria y para ello se sugiere que se realice una investigación en la que se pueda determinar cuales son las necesidades y los aspectos más importantes que se deben tomar en cuenta, para luego complementar con un programa.

En todos estos tipos de investigaciones que se puedan llevar a cabo no se debe olvidar que el paciente es un ser humano bío-psico-social, que piensa, siente y se relaciona con el medio, razón por la que se sugiere trabajar con modelos integrales.

MODELO INTEGRAL DEL ESTRÉS PARA PACIENTES PARAPLEJICOS



MODELO INTEGRAL DEL ESTRÉS PARA PACIENTES PARAPLÉJICOS

La explicación que corresponde a éste modelo es la siguiente:

La percepción es la que determina la evaluación que hace el sujeto respecto a la situación de parálisis parapléjica en que se encuentra.

Si la evaluación es de afrontamiento el estrés no es un interferente, sino más bien, un estrés positivo que permite la adaptación del sujeto frente a la situación de paraplejía en la que se encuentra, dando lugar a su rehabilitación.

Si evalúa como amenazante y no tiene los recursos para afrontar da lugar a un estrés negativo que interfiere en el sujeto y lo perturba con pensamientos irracionales, pensamientos negativos y faltas de sentido de vida como en uno de los casos. El sujeto reacciona con la sintomatología propia del estrés negativo y presenta inadaptación frente a la situación.

En ésta investigación el estrés de los sujetos no era el adecuado sino más bien un estrés negativo, es por esa razón que se realiza un tratamiento basándose en tres técnicas cognitivo-conductuales: relajación, terapia racional emotiva y visualización.

Después del tratamiento se produce un cambio y el sujeto hace una reevaluación de la situación dando lugar a pensamientos racionales, pensamientos positivos, y un manejo

adecuado del estrés, permitiendo un equilibrio emocional, además encontrar un sentido de vida para lograr su rehabilitación.

Todo éste proceso permite una constante retroalimentación en el sujeto con un estrés positivo, es decir, que el sujeto alcanza el umbral de tolerancia que requiere para poder afrontar la situación de parálisis parapléjica en que se encuentra.

REFERENCIAS

- Alvarez Gonzales Miguel A. (1989). Stress un enfoque Psiconeuroendocrino. La Habana: Editorial Científico Técnica.
- Beck Aaron T. Rush John. Shaw Brian F. Emery Gary. (1981). Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao España: Editorial Desclee de Brouwer.
- Betancew M.Velez Hernán (1990).. Fundamentos de Medicina Neurología - Corporación para las investigaciones biológicas. 3ª. Edición. Impreso en Colommbia.
- Castañon Gomez Ricardo (1991). Emoción y Estrés. Instituto Europeo de Neurociencia. Centro Internacional de Estudios Humanos. Cochabamba -Bolivia.
- Castro Luis. (1977). Diseño experimental sin estadística. México:EditorialTrillas.Coolocan Hugh. (1994). Métodos de investigación y estadística. México D.F.: Editorial El Manual Moderno. la. Edición
- Davinoff Linda L. (1985). Introducción a la psicología. México D.F.: Me. Graw Hill. Ellis Albert y Grieger Russell. (1981). Manual de Terapia racional emotiva. Bilbao España:Editorial Desclee de Brouwer.
- Ellis Albert - Abrahms Eliot (1986). Terapia Racional Emotiva. México Editorial Pax. Frankl Victor E. (1988). La voluntad de sentido. Barcelona España: Editorial Herder.
- Goleman Daniel. (1997). La Inteligencia emocional. México : Editor Javier Vergara. Guigan Me. F.J. (1983). Psicología experimental. México: Editorial Trillas.

- Ibañez Brambila, B. (1990). Manual para la elaboración de tesis. Consejo nacional para la enseñanza e investigación en psicología. México: Editorial Trillas.
- Hernández, R., Fernandez. C. Y Baptista P. (1991). Metodología de la investigación. México: Editorial Mc.Graw
- Hilgard, Ernest R., boower Gordon H. (1977). Teoría del aprendizaje. México: Editorial Trillas.
- Krueger David W. MD. (1988). Psicología de la rehabilitación. Barcelona: Editorial Herder S.A.
- Lazarus Richard S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca S.A.
- Luria A.R. (1984). Cerebro en acción. Barcelona: Ediciones Martínez Roca S.A. 3ª. Edición.
- McKay Matthew, David Martha, Fanny Patri c. (1985). Técnicas cognitivo conductuales para el tratamiento del estrés. Barcelona: Ediciones Martínez Roca S.A.
- Morris Charles G. (1992) Psicología un nuevo enfoque. México: Prentice Hail Hispanoameica.
- Sardin Bonifacio-Belloch Amparo. Manual de psicopatología (1995) Madrid Mc. Graw Hill Interamericana
- Smirnov A.A., Rubinstein S.L., Leontiev A.N., y Tieplov B.M. (1960) Psicología. México: Editorial Grijaldo S.A.
- Vega Manuel. Introducción a la psicología cognitiva. (1990). Editorial Alianza.
- Wolpe Joseph (1877). Práctica de la terapia de la conducta. México: Editorial México la. Edición.
- Wolpe Joseph (1981). Psicoterapia por inhibición recíproca. Bilbao España: Editorial Declee de Brower.
- Wygotsky Lev. (1986). Personalidad y estrés. México: Ediciones Quinto Sol S.A.

ANEXOS

HISTORIA CLÍNICA

Sujeto

Datos Generales.

Edad: _____

Sexo: _____

Lugar de nacimiento: _____

Grado de instrucción: _____

Ocupación: _____

Estado civil: _____

Lengua materna: _____

Datos familiares.

Antecedentes patológicos familiares.

Antecedentes patológicos del sujeto.

INVENTARIO DE SINTOMAS DEL ESTRÉS

Responde que grado de malestar te produce cada una de estas situaciones

		PRE - TEST			POST TEST		
		Ligero	Moderado	1 Extremo	Ligero	Moderado	Extremo
1	Cuando piensas en tu hospitalización.						
2	Cuando sientes que eres amenazado físicamente						
3	Al hablar de tu enfermedad con tu familia.						
4	Al pensar que tu vida cambiará						
5	El tener que afrontar tu problema.						
6	Cuando piensas que debes adaptarte a una nueva situación						

Qué grado de malestar te produce cuando sientes:

7	Tensión Muscular						
8	Palpitaciones rápidas del corazón						
9	Fatiga						
10	Sudoración de las manos						
11	Opresión en el pecho						
12	Dolor de estómago						
13	Sequedad en la boca						
14	Respiración acelerada						
15	Inquietud						
16	Ganas de llorar						
17	Irritabilidad, rabia						
18	Desesperación						
19	Mal humor						
20	Temblor						
21	Miedo						

- 22 Nerviosismo
- 23 Dificultad para dormir
- 24 Dolor de cabeza
- 25 Manos frías



PENSAMIENTOS IRRACIONALES

1. Filtraje
2. Pensamiento polarizado
3. Sobregeneralización
4. Interpretación del pensamiento
5. Visión catastrófica
6. Personalización
7. Falaseas de control
8. La falasea de justicia
9. Razonamiento emocional
10. Falasea de cambio
11. Etiquetas globales
12. Culpabilidad
13. Los debería
14. Tener razón
15. La falasea de la recompensa divina