



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**TESINA DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE “PSICÓLOGO CLÍNICO”**

TÍTULO DEL PROYECTO DE TESINA:

**“LA PERSONALIDAD COMO FACTOR A LA
HIPERTENSIÓN ESENCIAL EN PACIENTES DE LA
ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS E HIPERTENSOS
EN PASTAZA, PERÍODO MARZO - AGOSTO 2014”.**

AUTORES: EDISON F. PINDUISACA PILATAXI

LUIS ALBERTO GUANO SANGOQUIZA

TUTOR: PSI. CL. CRISTINA PROCEL

RIOBAMBA, 2015

AUTORIZACIÓN DEL TRIBUNAL

Certifico que el Sr. **LUIS ALBERTO GUANO SANGOQUIZA** está apto para la defensa pública con el trabajo de Investigación con el tema: **“LA PERSONALIDAD COMO FACTOR A LA HIPERTENSIÓN ESENCIAL EN PACIENTES DE LA ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS E HIPERTENSOS EN PASTAZA, PERÍODO MARZO - AGOSTO 2014”**. El interesado puede hacer uso del certificado como a bien tenga.

Atentamente,



Ps. Cl. Verónica Freire

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL



Dra. Rocío Tenezaca

MIEMBRO DEL TRIBUNAL



Psi. Cl. Cristina Procel

TUTORA DE TESIS

AUTORIZACIÓN DEL TRIBUNAL

Certifico que el Sr. **EDISON FERNANDO PINDUISACA PILATAXI** está apto para la defensa pública con el trabajo de Investigación con el tema: **“LA PERSONALIDAD COMO FACTOR A LA HIPERTENSIÓN ESENCIAL EN PACIENTES DE LA ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS E HIPERTENSOS EN PASTAZA, PERÍODO MARZO - AGOSTO 2014”**. El interesado puede hacer uso del certificado como a bien tenga.

Atentamente,



Ps. Cl. Verónica Freire
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL



Dra. Rocío Tenezaca
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

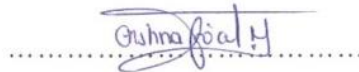


Psi. Cl. Cristina Procel
TUTORA DE TESIS

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Por la presente, hago constar que he leído el protocolo del Proyecto de Grado Presentado por los señores: Edison Fernando Pinduisaca Pilataxi y Luis Alberto Guano Sangoquiza, para optar al título de Psicólogo Clínico, y que acepto asesorar a los estudiantes en calidad de tutor, durante la etapa del desarrollo del trabajo hasta su presentación y evaluación.

Riobamba, octubre del 2014.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Cristina Procel', is written over a horizontal dotted line.

Psi. Cli. Cristina Procel

DERECHO DE AUTORÍA

Yo, Edison Fernando Pinduisaca Pilataxi, soy responsable de todo el contenido de éste trabajo investigativo, los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo



Edison F. Pinduisaca Pilataxi

C.I.: 0603686254

DERECHO DE AUTORÍA

Yo, Luis Alberto Guano Sangoquiza, soy responsable de todo el contenido de éste trabajo investigativo, los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo



Luis A. Guano Sangoquiza

C.I.: 1600562878

DEDICATORIA

Dedico este esfuerzo personal y este logro académico y profesional: A Dios por ser el principio y fin de todo cuanto existe y por ser el inspirador de mi vocación hacia la Psicología y el Desarrollo Humano. De igual forma, a mis Padres, a quien le debo toda mi vida, les agradezco el cariño y su comprensión, a ustedes quienes han sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante buscando siempre el mejor camino.

Edison Fernando

DEDICATORIA

A Dios, quien me dio la vida y sabiduría para tomar correctas decisiones que me llevaron a seguir fortalecido en su amor. A mi madre, por ser mi ejemplo de superación y lucha, mi fundamento en mi camino de vida, y apoyo incondicional en mi carrera universitaria.

Luis Guano

AGRADECIMIENTO

Primero dar gracias a Dios, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio. A mis padres y demás familiares ya que me brindan el apoyo, la alegría y me dan la fortaleza necesaria para seguir adelante.

Edison Fernando

AGRADECIMIENTO

A mi familia por apoyarme en todo mi proceso de estudios, enriqueciéndome de valores y espiritualmente. A Dios por mostrarme su misericordia y su gracia en cada etapa de mi vida.

Luis Guano

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
AUTORIZACIÓN DEL TRIBUNAL	ii
ACEPTACIÓN DEL TUTOR	iv
DERECHO DE AUTORÍA	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE DE CUADROS	xii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xiii
ÍNDICE DE ANEXOS	xiv
RESUMEN	xv
SUMMARY	xvi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.	
PROBLEMATIZACIÓN	
Planteamiento del problema	4
Formulación del problema	6
Objetivos	6
Justificación	7
CAPÍTULO II.	
MARCO TEÒRICO	
Línea de Investigación	10
Posicionamiento teórico personal	10
Fundamentación teórica	11
Antecedentes de la investigación	12
La Personalidad	15

Definiciones	15
Origen e Historia de la personalidad	16
Evolución de las teorías de la personalidad	18
Teoría de la personalidad de Theodore Millon	20
Historia de la teoría de la personalidad	20
Estructura de la personalidad según Theodore Millon	24
Modelo biosocial	24
Modelo evolutivo de Theodore Millon de los trastornos de la personalidad	36
Personalidad y salud	39
Salud	39
La personalidad relacionada con problemas cardiovasculares	40
Hipertensión Arterial esencial	46
Antecedentes investigativos	46
Historia de la hipertensión arterial	47
Definición	48
Tipos de hipertensión arterial	49
Causas y efectos de la hipertensión esencial	50
Factores socioeconómicos	51
Otros factores	51
Síntomas de la hipertensión arterial	52
Diagnostico	52
La hipertensión arterial esencial relacionada con problemas psicológicos en la personalidad.	53
Tratamiento relacionado a la hipertensión arterial esencial	55
Intervención psicoeducativa realizada	57
Planificación de los talleres psicoeducativos	59
Definición de términos básicos	82

Hipótesis y variables	87
Operacionalización de variables	88

CAPÍTULO III.

MARCO METODOLOGICO

Método	90
Analítico-sintético	90
Clínico	90
Psicométrico	91
Tipo de investigación	91
Diseño de la investigación	92
Tipo de estudio	92
Población y muestra	93
Técnicas e instrumentos de recolección de datos	93
Técnicas	94
Observación clínica	94
Reactivo Psicológico	94
Instrumentos	94
Inventario Clínico multiaxial de Theodore Millon (MCMI- II)	94
Descripción de cada escala del MCMI-II	97
Patrones clínicos de personalidad	97
Patología severa	100
Síndrome clínicos	100
Síndromes clínicos severos	101
Historia clínica médica	102
Análisis e interpretación de resultados	103

CAPÍTULO IV.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Análisis del test de personalidad-Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II). Aplicado a los pacientes de la Asociación de Diabéticos e Hipertensos de Pastaza	105
Comprobación de la hipótesis	112

CAPÍTULO V.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones	114
Recomendaciones	116

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

ÍNDICE DE CUADROS

	Pág
Cuadro 1. Patrones clínicos de la personalidad asociados a la hipertensión arterial esencial.	105
Cuadro 2. Síndromes Clínicos asociados a los patrones clínicos de personalidad que influyen en la Hipertensión arterial esencial.	108

ÍNDICE DE GRAFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Patrones clínicos de personalidad asociados a la hipertensión arterial esencial	105
Gráfico 2. Síndromes Clínicos asociados a los patrones clínicos de personalidad que influyen en la Hipertensión arterial esencial.	108

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág
ANEXO 1. Plantilla I de corrección del MCMI- II	122
ANEXO 2. Plantilla II de corrección del MCMI-II	123
ANEXO 3. Test multiaxial de Theodore Millon	125
ANEXO 4. Plantilla de resultados del test multiaxial de Millon	130
ANEXO 5. Certificado de autorización	131
ANEXO 6. Tríptico para el taller psicoeducativo número cinco	132
ANEXO 7. Tríptico para el taller psicoeducativo número cinco	133
ANEXO 8. Fotografías	134

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud, considera a la hipertensión como uno de los principales factores que contribuyen a causar cardiopatías y accidentes cerebrovasculares en las personas adultas. En el Ecuador existe un alto índice de personas que padecen trastornos cardiovasculares, destacando a la hipertensión arterial como el primer factor de muerte en el país, cuyas causas no están delimitadas en forma exacta, considerando en la investigación, la personalidad como influencia en el desarrollo de la hipertensión arterial. Estableciendo así el interés en la investigación a identificar los patrones clínicos de personalidad que influyen en el desarrollo de la patología hipertensiva. Así mismo relacionar los patrones clínicos con la hipertensión arterial y mediante la psicoeducación sensibilizar la influencia de la personalidad en la patología. El marco teórico fundamenta la investigación, con el estudio de la personalidad del Psicólogo Theodore Millon y los estudios de la hipertensión arterial realizada por la Organización Mundial de la Salud, destacando así la influencia directa de la personalidad en la hipertensión. Mediante el método clínico, psicométrico y la aplicación del test de personalidad de Theodore Millon, se identificó el patrón clínico de personalidad influyente en el desarrollo de la patología cardiovascular, obteniendo como resultado que: el patrón clínico evitativo, esquizoide y agresivo-sádico tienen influencia del 20% cada uno, respectivamente en la hipertensión arterial. Confirmando la hipótesis planteada: “El patrón clínico de personalidad evitativo influye en el desarrollo de la hipertensión arterial esencial en los pacientes de la Asociación de Diabéticos e Hipertensos en Pastaza”. Concluyendo que la personalidad influye de forma directa en la hipertensión arterial esencial y determinando que el estado emocional de las personas incide notablemente en su bienestar, específicamente en las mujeres, debido a su estructura psicológica. Con los resultados obtenidos se desarrollaron cinco talleres psicoeducativos para brindar un aporte a la sociedad y la salud pública.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CENTRO DE IDIOMAS

ABSTRACT

The World Health Organization considers hypertension as one of the main factors that contribute to causing heart disease and stroke in adults. In Ecuador there is a high rate of people suffering from cardiovascular disorders, highlighting hypertension as the first factor of death in the country, which causes are not defined exactly. Research have considered personality as an influence to develop hypertension, so it establishes as priority to identify clinical personality patterns that influence the development of hypertensive disease and to relate the clinical patterns with high blood pressure and through psychoeducation discover the influence of the personality on the pathology. The theoretical framework impulses research by reviewing the personality study designed by the psychologist Theodore Millon and hypertension studies conducted by the World Health Organization. It also highlights the direct influence of personality in hypertension using the psychometric method and the application of Theodore Millon's personality test. The clinical pattern that most influence the development of cardiovascular disease resulted to be avoidant, schizoid and clinical pattern aggressive-sadistic influence 20% each respectively in hypertension. Confirming the hypothesis: "The clinical pattern of avoidant personality influences the development of essential hypertension in patients with Diabetic Association and Hypertension in Pastaza". In conclusion it is said that personality influences directly on hypertension and determines that the emotional state of people has a significant impact on their welfare, specifically in women, due to their psychological structure. The obtained results demanded to offer five psychoeducational workshops that were offered in order to contribute to the society and public health welfare.

Translation reviewed by:
Dra. Isabel Escudero
English Teacher – Health and Science School - UNACH



INTRODUCCIÓN

La hipertensión es un problema de salud pública mundial. Contribuye a la carga de cardiopatías, accidentes cerebrovasculares e insuficiencia renal, y a la mortalidad y discapacidad prematuras. Afecta desproporcionadamente a las poblaciones de países de ingresos bajos y medianos, en los que los sistemas de salud son débiles (O.M.S., 2013). Las complicaciones de la hipertensión causan anualmente 9,4 millones de muertes al año, lo que determina un problema global para la población mundial y sobre todo para la población ecuatoriana.

“En el Ecuador, a partir del año 2009 se implementa el programa de Salud Preventiva del Adulto que comprende el grupo de edad de 20 a 64 años, con un enfoque en el Control y Prevención de enfermedades crónicas no transmisibles”. (M.S.P, 2011)

Las enfermedades crónicas no transmisibles, enfocándonos especialmente en el presente estudio a la Hipertensión Arterial esencial, que representa un problema de salud pública, evitable si se trabaja de manera multisectorial en promoción de la salud y prevención de la enfermedad para que sea diagnosticada y tratada oportunamente.

De acuerdo a los datos provenientes de la notificación mensual de la oficina de epidemiología del Ministerio de Salud, en Ecuador las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial han experimentado un incremento sostenido en el periodo 1994–2009, ascenso notablemente más pronunciado en los tres últimos años.

Consecuente con este escenario constituye una alta prioridad ciudadana un Enfoque Integrado sobre la prevención y el control de las Enfermedades Crónicas referidas a la hipertensión arterial esencial. En la presente investigación, se presenta un compendio de cinco capítulos, donde se establece un estudio minucioso de la personalidad como factor a la hipertensión arterial esencial.

Posterior el cumplimiento de cada objetivo general y específico mencionado, analizando los datos obtenidos para cuantificar y su análisis e interpretación. Y sobre todo determinar sus conclusiones y recomendaciones del estudio. Estos capítulos están determinados en el siguiente orden:

El capítulo I, se refiere a la problematización, es una presentación del problema en los contextos macro, meso y micro, donde están sujetos los objetivos y la justificación del trabajo.

El capítulo II, presenta el marco teórico, el cual está desglosado de la siguiente manera: un posicionamiento del tema, una recopilación bibliográfica que afiance el estudio de campo, cuya definición de términos ayudan a comprender el contexto: también se describe la hipótesis de estudio y sus consecuentes variables dependiente e independiente, lo que conlleva a la operacionalización de las variables.

El capítulo III hace referencia a la Metodología de investigación, aquí se detalla el tipo de investigación, la población, muestra, técnicas e instrumentos de investigación, enfocando principalmente en la observación clínica y el test psicológico multi-axial de personalidad de Theodore Millon y la Historia Clínica.

El capítulo IV, determina la parte estadística, en la cual se detallan los cuadros y gráficos estadísticos obtenidos de la recopilación de información. Se desarrolla el análisis e interpretación de los datos y la consiguiente graficación para determinar porcentajes y poder analizar. A partir del análisis de los resultados se deriva la verificación de la hipótesis.

El capítulo V, conlleva todo lo referente a las conclusiones y recomendaciones en base a los objetivos y análisis de resultados que determinaron la viabilidad de la hipótesis.

CAPÍTULO I

PROBLEMATIZACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hipertensión se considera, una enfermedad crónica degenerativa no transmisible dentro de los trastornos cardiovasculares causante de 9,4 millones de muertes al año en el mundo. La Hipertensión arterial esencial, primaria o idiopática es de origen desconocido o producido por causas psicológicas, manteniendo cifras de presión arterial persistentemente elevadas, iguales o superiores a 140/90 mm Hg. La hipertensión arterial esencial es un puente para involucrarse con el ser humano y llevar a cabo un estudio minucioso de su problemática psicosomática y denotar que su formación tiene un alto tinte psicológico.

La Organización Mundial de la Salud, considera a la hipertensión como uno de los principales factores que contribuyen a causar cardiopatías y accidentes cerebrovasculares en las personas adultas. A nivel mundial, uno de cada tres adultos tiene la tensión arterial elevada, trastorno que causa aproximadamente la mitad de todas las muertes en el mundo y de discapacidad. Se considera que este problema fue la causa directa en América Latina en un porcentaje del 30 % de mortandad. **(O.M.S, 2013)**.

Según la Organización Panamericana de Salud (2012) menciona que en Ecuador la enfermedad hipertensiva se ubicó como la primera causa de muerte en la población en general para el año 2010, con una tasa de 30,3 por 100.000 habitantes, determinándose entonces que en Ecuador 3 de cada 10 personas son hipertensas.

Estudios contemporáneos realizados por la Universidad Complutense de Madrid (2006) menciona que la hipertensión arterial se asocia a problemas psicológicos así como factor principal la personalidad, asimilando a rasgos ansiosos, rasgos depresivos e inestabilidad emocional. Por eso es importante desarrollar un estudio en la cual se va a identificar la personalidad que más relación tiene con la hipertensión arterial de causa psicológica.

La personalidad es propia del ser humano, por ende cada persona actúa o reacciona diferente a estímulos, a experiencias, y vínculos afectivos lo que se expresa mediante su comportamiento, su forma de pensar, sentir que determina su adaptación única en el ambiente. La personalidad durante el desarrollo de vida, va influenciando en ciertas conductas adaptativas, así mismo tiene una mayor influencia en la salud mental de las personas.

En la Provincia de Pastaza, en el Cantón Puyo, se encuentra un alto índice de personas con hipertensión arterial, lo que afecta su vitalidad, presentándose cambios de emociones, ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, diabetes, enfermedades crónicas respiratorias, que en su conjunta significan altos costos por el tratamiento.

En la Asociación de diabéticos e hipertensos de Pastaza, se observa pacientes con características particulares que predisponen a una personalidad inestable, pacientes con patrones conductuales; hostilidad, frialdad, ansiedad, facies expresivas de tristeza aprensiva, inseguridad, mal humor determinando una predisposición a la hipertensión arterial esencial, cuya sintomatología muestra claramente que las personas con hipertensión tienen influencia psicológica relacionada con la personalidad.

De acuerdo a los resultados de los estudios realizados a los pacientes de ésta asociación, una vez determinado que la personalidad influye en la hipertensión arterial esencial se llevó a cabo talleres de psicoeducación para orientar de forma mediática (preventiva) y así establecer tratamientos psicológicos de acuerdo a la personalidad del paciente, para disminuir riesgos de adopción de dicha enfermedad, o en caso de ya padecerla realizar tratamientos efectivos considerando los rasgos de personalidad que posee el paciente.

Es importante destacar que la Asociación de Hipertensos y Diabéticos de Pastaza contribuyeron grandemente a la realización de éste estudio, porque son los principales interesados en determinar una forma de prevención para las personas

que a futuro puedan ser diagnosticadas y tratadas a tiempo que se desarrolle y evolucione dicha enfermedad.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué tipo de personalidad influye al desarrollo de la hipertensión esencial en pacientes de la Asociación de Diabéticos e Hipertensos de Pastaza, periodo marzo-agosto 2014?

1.3 OBJETIVOS.

1.3.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar la influencia de la personalidad como factor a la hipertensión arterial esencial, en los pacientes de la Asociación de Diabéticos e Hipertensos de Pastaza durante el período marzo-agosto del 2014.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar los patrones clínicos de personalidad de los pacientes de la Asociación de Diabéticos e Hipertensos de Pastaza.
- Relacionar los patrones clínicos de personalidad con la Hipertensión Arterial Esencial, de los pacientes de la Asociación de Diabéticos e Hipertensos de Pastaza.
- Desarrollar talleres psicoeducativos para sensibilizar la influencia de la personalidad en el desarrollo de la Hipertensión Arterial Esencial en los pacientes de la Asociación de Diabéticos e Hipertensos de Pastaza.

1.4 JUSTIFICACIÓN

La Hipertensión Arterial Esencial es una enfermedad silenciosa, en cuyo desarrollo va apoderándose de una serie de síntomas que afectan considerablemente a los que la padecen. Esta enfermedad está afectando a la población en general, llevando a los pacientes a un deterioro físico y psicológico lo que es causante de un alto índice de muertes en el país. Paralelamente afecta, no solo la salud del paciente sino también involucra a las familias, pues los que vivencian activamente son incompatibilidades que si no tienen una adecuada información de la patología tanto en lo médico como en lo psicológico van desestabilizando sus vidas.

El interés por el desarrollo de la investigación surgió, a partir de las prácticas pre-profesionales de quinto año de la carrera de psicología clínica, realizadas en el Subcentro de Salud del Cantón Penipe, de la provincia de Chimborazo, donde se involucró con el Club de Diabéticos e Hipertensos de dicha institución. Se observó y analizo que la personalidad influía mucho en la enfermedad adquirida por los pacientes, puesto que eran casos diagnosticados con hipertensión esencial, a partir de lo cual determinamos que es importante contribuir con éste tema mediante una investigación más profunda que permita implementar normas y tratamiento enfatizando en la prevención terciaria de los pacientes partiendo del tipo de personalidad de cada uno de ellos.

Este trabajo de grado aspira proponer que la población tome interés, sobre su salud física y psicológica, poniendo de manifiesto la importancia de la mente en todo lo que el organismo acciona, y al tratamiento preventivo y psicológico como la herramienta de las personas para acertar en la mejora de situaciones. Determinándose entonces como beneficiarios directos a los pacientes y como beneficiarios indirectos sus familiares.

En la actualidad la hipertensión arterial, es de mucho estudio y sobre todo de mucha preocupación para las naciones enteras. La información, es abundante en el ámbito médico y manifestado de forma social, y relacionados con otros aspectos

psicológicos como el estrés. La personalidad es de mucho interés, tanto dentro y fuera de la psicología con el fin de contribuir a un mejor desarrollo social. La información también es amplia, se debe realizar, puesto que vamos a identificar qué tipo de personalidad prevalece y ayuda a agudizar la Hipertensión Arterial Esencial en las personas con el objetivo de encontrar estrategias psicológicas para la estabilidad del paciente.

La verificación de que el tipo de personalidad influye en la adquisición de la hipertensión esencial es muy beneficiosa para la sociedad en general y para el campo medico especialmente, pues con ello se determina una causa específica de esta enfermedad.

La investigación, los datos, los recursos, y demás aspectos que intervienen en el desarrollo de la investigación tienen plena factibilidad de ser realizados. Además se cuenta con la información necesaria de estudios actuales que ayudan a comprender la magnitud del caso, de modo que la Asociación de Hipertensos y Diabéticos de Pastaza constituye en una Institución beneficiada en forma directa.

Por otra parte es de nuestro interés llegar a un estudio profundo de cómo afecta la personalidad y que equivalencia o predisposición tienen los tipos de personalidad para que generen la hipertensión arterial esencial. Para la búsqueda de soluciones en su vida psicológica y física, presentando estrategias psicoeducativas asociadas con el tipo de personalidad.

La sociedad, necesita ayuda, por eso es justificable y factible realizar este estudio para contribuir en la sociedad; cabe señalar además que el beneficio directo del trabajo de investigación es dar un aporte científico a los profesionales médicos y psicólogos sobre una temática no trabajada muy a fondo, de modo que con la psicoeducación se pueda prevenir el aumento de casos de pacientes diagnosticados con Hipertensión Arterial Esencial, a través del manejo de la personalidad.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

La investigación está enmarcada en la línea de investigación establecida por la Universidad Nacional de Chimborazo, con su línea macro: Salud integral y su Sublínea: Conducta y Salud mental, Social Familiar e Individual.

2.1. POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL

En esta investigación se consideró la teoría de la personalidad de las investigaciones del psicólogo estadounidense Theodore Millon.

Millon y Everly, consideran a la personalidad como: Patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar, y se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo. Estos rasgos intrínsecos generales surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y aprendizaje, y en última instancia comprenden el patrón idiosincrásico de percibir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo (Millon & Everly, Revisión del concepto de personalidad y del modelo de personalidad de Millon., 1985)

Para el estudio de la Hipertensión Arterial Esencial, se considera los estudios de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), quien describe a la Hipertensión arterial esencial como: La hipertensión arterial es el aumento de la presión arterial de forma crónica. Es una enfermedad que no da síntomas durante mucho tiempo y si no se trata, puede desencadenar complicaciones severas como un infarto, una hemorragia o trombosis cerebral, lo que se puede evitar si se controla adecuadamente. Las primeras consecuencias de la hipertensión las sufren las arterias, que se endurecen a medida que soportan la presión arterial alta de forma continua, se hacen más gruesas y puede verse dificultado al paso de sangre a su través (O.M.S., 2013).

2.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

El concepto de personalidad proviene del término persona, denominación que se utilizaba para la máscara que portaban los actores de teatro en la antigüedad. El concepto paulatinamente se transfirió a otras esferas de la sociedad, más allá del teatro, pero en una primera época, personas eran solamente los ciudadanos, jurídicamente provistos de derechos, en contraste con los esclavos que no eran considerados personas. En el transcurso de los siglos, el concepto de persona se fue transformando gradualmente en uno más general hasta llegar utilizarse en el sentido coloquial actual, es decir, prácticamente como sinónimo de ser humano (HUEPA, 2013).

En el contexto de este desarrollo conceptual, la aparición del adjetivo personal facilitó el desarrollo del sustantivo personalidad, utilizado para designar la totalidad de características personales que interactúan dinámicamente entre sí para producir aquél estilo relativamente estable de desenvolverse individual y socialmente que un individuo posee (MERANI, 1979).

La personalidad persiste en el comportamiento adecuado de las personas a través del tiempo, aun en distintas situaciones o momentos, otorgando algo único a cada individuo que lo caracteriza como independiente y diferente. Ambos aspectos de la personalidad, distinción y persistencia, tienen una fuerte vinculación con la construcción de la identidad, a la cual modela con características denominadas rasgos o conjuntos de rasgos que, junto con otros aspectos del comportamiento, se integran en una unidad coherente que finalmente describe a la persona.

En el caso de la psicología, la personalidad, aparece recientemente como psicología de la personalidad. En 1908, Ebbinghaus acuñó la frase que decía que “la Psicología tenía un largo pasado, pero una corta historia”, frase que Boring (1929, p. 385) repitió y popularizó, y que se ha venido repitiendo hasta nuestros días al hablar en particular de la psicología de la personalidad (Eysenck y Eysenck, 1987; Stagner, 1993). Mientras que el año 1879 se considera como la fecha de nacimiento de la Psicología científica, el origen de la psicología de la

personalidad como disciplina científica independiente se suele situar unos 50 años más tarde, en la década de los 30, en concreto en 1937 (Craik, Hogan y Wolfe, 1993).

Muchas veces se caracteriza a la psicología de la personalidad como una disciplina estancada en viejos debates, viejas teorías y con escasa acumulación de conocimientos:

Sechrest, (1965) menciona: El campo de la personalidad necesita una metodología mejor, un trabajo más experimental y una teoría más integradora. Necesita salirse de teorías de hace 50 años y de métodos de hace 25. Individualmente, hay algunos estudios interesantes pero la falta de dirección y fuerza les quita importancia (pág. 23).

Cada persona al nacer ya tiene su propia personalidad con ciertas características propias, que con el paso del tiempo más la sociedad y las circunstancias definirán a las personas. La personalidad es fundamental para el desarrollo de las demás habilidades del individuo y para la integración con la sociedad (MORETA, 2012, pág. 3)

Las teorías de la personalidad se interesan en la teorización y descripción de aquellos factores que en su conjunto hacen al individuo, para poder comprender su conducta e intentar comprender su personalidad es el Psicoanálisis que en sus investigaciones y estudios Sigmund Freud encontró pruebas de que la conciencia del ser humano solo es una pequeña parte de las mentes humanas, y con su Hipótesis Metapsicológica (MARTÍ, 2010). Planteó la siguiente división del:

Consciente.- Nivel en que los pensamientos y percepciones son plenamente comprendidos y percibidos por la persona.

Pre consciente.- Elemento que forma parte del primer tópico que explica el funcionamiento del aparato psíquico en la teoría psicoanalítica. Se constituye por los pensamientos, creencias, recuerdos y aprendizaje, que requieren de una atención especial para acceder a ellos con facilidad.

Inconsciente.- Se refiere a los deseos innatos reprimidos que han escapado a la conciencia.

Se ha verificado que existen diversos estudios contemporáneos sobre personalidad que se menciona a continuación pautas para ensamblar el trabajo de investigación presentado.

Así tenemos la tesis bajo el título: “Estilos de personalidad en estudiantes que ingresan a la carrera de Psicología de la Universidad Interamericana en Rosario, provincia de Santa Fé” (Nicolás, 2011). La cual presenta un recorrido por las distintas teorías y prospección de la personalidad que más se reconocen a lo largo de los años; también se puede ver un acercamiento a la teoría de Theodore Millon en la cual se sustenta dicha investigación para ver las diferencias entre personalidad, temperamento y carácter.

Destacando también la tesis con el título: “Relaciones entre personalidad y salud física-psicológica: diferencias según sexo-genero, situación laboral y cultura-nación” (Dresch, 2006). Destaca como base teórica, el estudio de Theodore Millon de la personalidad concluyendo que la personalidad desadaptativa caracteriza principalmente por tendencia a experimentar emociones negativas pasivamente y la tendencia de inhibir la expresión de estas emociones en la interacción social contribuye a una disminución de la estado de salud, se podría intervenir para favorecer la expresión de las emociones en grupos terapéuticos, por ejemplo, donde es posible desarrollar estrategias confrontación activa y fundamental para hacer frente a la adversidad del entorno social. Muestra que escribir o hablar acerca de las experiencias emocionales promueve la salud física y psicológica. Cabe señalar que, mientras que nos basamos en un modelo biopsicosocial, entendemos que la intervención a personológica mejora del estado de salud, debe integrarse e interdisciplinario, incluyendo técnicos la salud, psicólogos, sociólogos, etc., esenciales para el desarrollo de estrategias intervención que se centran principalmente en la salud física, y también la salud psicológica entenderse en una perspectiva social.

De igual manera un estudio realizado en la Universidad Complutense de Madrid, con el tema: “La psicología puede ayudar a combatir la hipertensión.” (Regina &

Sanz, 2012), resulta ser un estudio que revela que factores psicológicos como el estrés, las emociones negativas, y los rasgos de personalidad que predisponen al estrés y a esas emociones negativas desempeñan un papel importante en el desarrollo de la hipertensión, por lo que la psicología permite entender el papel de esos factores psicológicos y ofrece intervenciones terapéuticas para modificarlos que ayudan a vencer la hipertensión.

La hipertensión arterial es altamente prevalente en la sociedad moderna y no obstante los notables avances en el conocimiento de sus mecanismos, el impacto sobre su control es universalmente pobre. El sistema circulatorio humano es una intrincada red de mecanismos destinados a mantener la homeostasis de presión y flujo pese a numerosas perturbaciones. Por tanto, una elevación constante de la presión arterial refleja un trastorno en las delicadas interrelaciones de los factores que mantienen este equilibrio. La hipertensión arterial esencial, o hipertensión de causa no determinada, es responsable de más del 90% de los casos de hipertensión vistos en la práctica médica. El hallazgo tiende a aparecer con carácter familiar más que individual y es representativo de una colección de enfermedades o síndromes, basados genéticamente en anormalidades dependientes de una interacción ambiente genotipo, y en consecuencia con diferentes severidades y tiempos de aparición.

Determinando el interés por conocer más del trastorno y así tenemos investigaciones que dan pautas de importancia para la investigación.

El estudio con el título: “Diabetes mellitus y la hipertensión arterial son enfermedades trágicas” (Condarco de Torrico, 2012), menciona que la diabetes mellitus y la hipertensión arterial son parte de las enfermedades crónicas que han aumentado sosteniblemente su prevalencia e incidencia, siendo hoy problemas de salud pública y desbaratador por sus consecuencias médicas, sociales y económicas, estas patologías son calificadas como catastróficas concluyendo que la diabetes mellitus es un conjunto de trastornos metabólicos, que afecta a diferentes órganos y tejidos, dura toda la vida y se caracteriza por un aumento de los niveles de glucosa en la sangre. Mientras que la hipertensión arterial es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de los niveles de

presión sanguínea en las arterias. "La hipertensión arterial se asocia a tasas de mortalidad considerablemente elevadas, por lo que se considera un problema de salud pública".

2.2.2. LA PERSONALIDAD

2.2.2.1 DEFINICIONES

A lo largo de la historia se han emitido diferentes definiciones de personalidad de acuerdo a los estudios destacando algunos conceptos, ya para S. Freud: "La personalidad es el conjunto de características físicas, genéticas y sociales que reúne un individuo, y que lo hacen diferente y único respecto del resto de los individuos." (GIRALT, 2010).

Para Karen Horney, "la personalidad es la consecuencia de nuestras experiencias durante el periodo de educación. Si el niño se siente querido y seguro no se desarrollara ningún conflicto y predominaran los aspectos positivos en su personalidad; por el contrario si se siente inseguro del cariño de sus padres (ya sea por desatención, rigidez y severidad, sobreprotección...), tendrá una personalidad insegura que puede hacerle excesivamente perfeccionista, agresivo, con problemas afectivos...".

Para Hans J. Eysenck ya la personalidad es: "una organización más o menos estable y duradera del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona, que determina su adaptación única al ambiente".

Así mismo para Carl Gustav JUNG define que: "la estructura de la personalidad está compuesta por el Yo, el centro de la conciencia que percibe, piensa y recuerda; el Inconsciente Personal, guarda lo que alguna vez fue consciente pero ha sido olvidado o suprimido, como por ejemplo los complejos (patrón de emoción, recuerdo y percepción en torno a temas comunes) superados; el Inconsciente Colectivo, guardan las experiencias de la humanidad que son transmitidas de generación en generación de forma genética, dentro de ellas están los arquetipos".

La conceptualización de personalidad para Theodore Millon autor que asumiremos para esta investigación asevera: La personalidad patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar, y se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo. Estos rasgos intrínsecos generales surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y aprendizaje, y en última instancia comprenden el patrón idiosincrásico de percibir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo (Millon & Everly, Revisión del concepto de personalidad y del modelo de personalidad de Millon., 1985)

Es preciso resaltar que las personas, en forma independiente y de acuerdo al medio en el que se desenvuelve determinan su personalidad, pues, según lo explicado Theodore Millon, todos los hechos y características generalmente estables determinan la conducta y el comportamiento de una persona ante determinada circunstancia o estímulo.

Es importante destacar que algunos seres humanos han desarrollado la capacidad intelectual, lo que lleva a utilizar el aprendizaje para alcanzar nuevas alternativas de vida, de modo que el aprendizaje también tiene mucho que ver con el desarrollo de la personalidad, ya que los comportamientos están connotados con la personalidad, el aprendizaje, el ambiente, las relaciones sociales y paternas o los estados anímicos que predisponen consciente o inconscientemente a la forma de actuar en el mundo. Permiten al lector comprender mejor la forma de actuar de las personas, y dar puntos de vista sobre alguna alteración que subyace de lo descrito en las opiniones y teorías emitidas en juicios unificados a lo largo de la historia sobre la actuación del hombre en forma individual y con el colectivo.

2.2.2.2 ORIGEN E HISTORIA DE LA PERSONALIDAD

El término latino persona deriva de la voz griega prosopon (prósôpon), máscara, máscara que cubría el rostro de un actor al desempeñar su papel en el teatro. Significó también “sonar a través de algo”, “hacer resonar la voz”, como la hacía resonar el actor a través de la máscara, y también significó “desempeñar un

papel”. La noción de persona dentro del pensamiento cristiano fue elaborada, por lo menos en su origen, en términos teológicos, a menudo por analogía con términos o conceptos antropológicos. En la noción participaron los teólogos que precisaron los dogmas establecidos en el Concilio de Nicea, en el que una de las cuestiones principales debatidas fue la cuestión de la relación entre “naturaleza” y “persona” en Cristo (UNAD, 2009).

Santo Tomás: sostuvo que los individuos de naturaleza racional poseen, como primeras substancias, un nombre que los distingue de todas: el nombre “persona”. A diferencia de ‘hipóstasis’ (del griego *hipokeimenon*), la subsistencia, que designaba también a la persona pero que acabó por referirse a la substancia como soporte de los accidentes, ‘persona’ designaría el soporte individual racional.

Leibniz: denotaba la idea de un ser pensante e inteligente, capaz de razón y de reflexión, y que podía seguir considerándose a sí mismo como él mismo, aunque pensara en distintos tiempos y en lugares diferentes”.

Las razones de esta distinción son varias. El término ‘individuo’ se aplicaría a una entidad cuya unidad, aunque compleja, es definible negativamente: algo, o alguien, es individuo cuando no es otro individuo. El término ‘persona’ se aplicaría a una entidad cuya unidad es definible positivamente y con elementos procedentes de sí misma. El individuo está determinado en su ser, mientras que la persona es libre. La contraposición entre lo determinado y lo libre como contraposición entre el individuo y la persona fue elaborada especialmente por filósofos que insistieron en la importancia de lo “ético” en la constitución de la persona (UNAD, 2009).

Kant: “libertad e independencia frente al mecanicismo de la naturaleza entera, puesto que ella misma es la que se da a sí misma leyes puras prácticas establecidas por su propia razón”. La persona, en cuanto “personalidad moral”, es: “libertad de un ser racional bajo leyes morales.

Fichte: el Yo no es sólo persona, un centro de actividades racionales, sino también, y sobre todo, es un “centro metafísico”, “fuente” de actividades “volitivas”.

Hegel: el ser-para-sí (el individuo) es un átomo comunicable e impenetrable, pero en tanto que se concibe a sí mismo como un individuo autónomo, frente a todo tipo de alteridad, es persona (Fenomenología del espíritu).

Scheler: La persona no es el “yo trascendental”, una hipóstasis, sino un individuo concreto, unidad orgánica de un sujeto espiritual que se sirve del cuerpo, en calidad de instrumento, para llevar a la práctica determinados valores. Además; la persona se halla originariamente en relación con el “yo” del otro.

Mounier Representante francés del personalismo comunitario; mi persona no es la conciencia que yo poseo de ella. Cada vez que llevo a cabo un acto de constatación de mi propia conciencia, lo único que constato son fragmentos efímeros de individualidad.

2.2.2.3. EVOLUCIÓN DE LAS TEORÍAS DE LA PERSONALIDAD

San Anselmo aceptó la definición de Boecio y subrayó el contraste entre “persona” y “substancia”: “persona: refiere a una naturaleza racional individual. Substancia: refiere a los individuos, la mayor parte de los cuales subsisten en la pluralidad”. San Agustín: refiriéndose a las personas divinas, afirmó que no podían ser consideradas como simples substancias (impersonales) en el sentido “clásico” del término “substancia” (UNAD, 2009).

Freud y su teoría del psicoanálisis dan paso a las teorías de la personalidad.

San Agustín: considerado el primer psicólogo moderno (en época del renacimiento). Las personas debían usar la introspección para encontrar la verdad de cada uno y así entender su comportamiento.

Rudolf Goeckel fue el primer autor en utilizar la palabra psicología en su libro “Psicología hoc est, de Hominis perfectione”

En los inicios de la edad moderna la psicología formula sus primeros antecedentes científicos. El renacimiento es el punto de partida para explorar el concepto de personalidad. Es aquí donde el hombre se vuelve el centro de su propia acción (Antropocentrismo) y deja atrás a Dios como el centro y explicación del todo (teocentrismo). El humanismo abre paso a la ciencia moderna, nuevo orden social en Europa. Humanismo y ciencia se influyen mutuamente. La ciencia se separa de la filosofía y aparece el método científico de la observación y la experimentación. Desaparece el poder político del papado y surgen nuevas formas de gobierno y religiones cristianas como las protestantes, a partir de Lutero 1510 (UNAD, 2009).

Humanismo: el hombre se da cuenta que es el dueño de su destino. Autonomía, independencia, subjetividad. En el siglo XVII aparecen fenómenos importantes para el estudio histórico y cultural de la personalidad.

Descartes: dualismo entre mente y cuerpo, pero la mente controla el cuerpo; esto se lleva a cabo en la glándula pineal. La mente tiene dos clases de ideas: las innatas con las que se nacen y no dependen de la experiencia y las ideas derivadas que nacen de la experiencia. Además identifico seis pasiones primarias: asombro, amor, odio, deseo, dicha y tristeza; de ellas se originan todas las demás pasiones humanas.

El siglo de las luces (XVIII) los pensadores se sentían llamados a iluminar la sociedad, cambiándola y valorando al máximo la razón humana individual sin estar sometida a ninguna autoridad exterior, religiosa o política. Ilustración; periodo comprendido entre la revolución inglesa (1688) y Rev. Francesa (1789). Implemento los principios de libertad, igualdad y fraternidad (UNAD, 2009).

2.2.2.4. TEORÍA DE LA PERSONALIDAD DE THEODORE MILLÓN

2.2.2.4.1. HISTORIA DE LA TEORÍA DE LA PERSONALIDAD

En la década de 1960 Millon hizo su primera propuesta de una teoría de la personalidad, en la que integraba el fundamento biológico con las influencias ambientales (Millon T. , *Theories of psychopathology.*, 1967). En la segunda edición de su obra antológica *Theories of psychopathology and personality*, publicada en 1973, en un capítulo titulado *A biosocial learning method*, Millon proponía una teoría de carácter integrativo acerca de la psicopatología y de la personalidad, dirigida a compatibilizar los factores de orden biogénico y psicogénico que evolucionan en interacción recíproca y circular a lo largo de la vida. Ponía énfasis en el carácter de unicidad de la carga genética de cada persona pero también reconocía las diferencias observables entre los niños en el proceso de maduración, determinadas en gran medida por la estimulación ambiental. Tal confluencia de factores se tradujo en una propuesta teórica evolutiva, denominada por Millon (1973) *Teoría de Aprendizaje Biosocial*, en la que el aprendizaje en sus diferentes formas, desempeñaba un rol de primordial importancia. La resultante del interjuego de los factores mencionados, en la evolución de la persona individual podía ubicarse en algún punto de un continuum que cubría todo el rango que va de la normalidad a la anormalidad, en función de los gradientes de adaptabilidad, estabilidad y capacidad para optar por estrategias conducentes a obtener refuerzos positivos (Millon & Everly, *Personality and its disorders. A biological learning approach.*, 1985) , explicita el contenido del concepto de refuerzo, tal como lo utiliza en su teoría: es sinónimo de “recompensa, satisfacción e, inclusive, de placer” (p. 29). La noción de refuerzo constituye el núcleo, la idea seminal de su teoría, que le permite desarrollar el concepto de bipolaridades, en función del cual indaga, por un lado, la energía que el individuo aplica a la búsqueda del refuerzo; así, las conductas instrumentales dirigidas a tal fin podrán ser activas o pasivas; estos dos extremos determinan la primera bipolaridad: actividad - pasividad. Por otro lado, analiza las fuentes que proporcionan el refuerzo; éstas pueden encontrarse en la persona misma o en los otros; en el primer caso, la persona que se autorrefuerza es calificada como

independiente; cuando el refuerzo proviene de otros, se la califica como dependiente. Esta dimensión bipolar admite otros dos puntos discretos: ambivalente, cuando el refuerzo es proporcionado tanto por sí mismo como por los otros, y desvinculado, cuando no se busca el refuerzo ni en sí mismo ni en otros. Sobre la base de la combinación de estas bipolaridades en una matriz de reforzamiento, Millon planteó la existencia de ocho estilos de personalidad normal. Hasta ese momento (1985), como se ha expresado previamente, la teoría de la personalidad propuesta por Millon se centraba en el aprendizaje resultante del potencial genético y de las influencias ambientales (Millon & Everly, *Personality and its disorders. A biological learning approach.*, 1985)

En forma progresiva fue ampliando conceptualmente su teoría mediante la incorporación de aportes provenientes de propuestas de diversa extracción. En su obra *Toward a new personology. An evolutionary model (1990)*, en la que redefine su concepción acerca de la personalidad, incluye conceptos que según documenta, han sido propuestos o sugeridos desde principios del siglo XX. En realidad, en esta obra explicita la fuente en la cual se había nutrido para proponer las dos dimensiones bipolares ya mencionadas y les antepone entonces, una tercera, que denomina placer - dolor. De este modo, va conformando las bases de una personología y una nosología que guardan una notable coherencia entre sí. En la obra mencionada reformula su propuesta teórica, sin abandonar los principios del aprendizaje biosocial. Invocando la necesidad de apelar a conocimientos brindados por otras disciplinas, tales como la física, la ciencias biológicas, la ecología, la etología, y con el fin de obtener una base más sólida para su modelo, propone cuatro fases en el desarrollo de las personas, que servirán de base para la formulación del nuevo modelo, de carácter evolutivo y ecológico, a saber:

1.- Existencia, que supone promoción (o potenciación) y preservación de la vida. Esta fase corresponde al período de fijación sensorial del desarrollo neuropsicológico del niño, desde el nacimiento hasta los 18 meses (Millon & Everly, 1985); aquí la normalidad se logra mediante un equilibrio dinámico entre el placer y el dolor.

2.- Adaptación: en esta fase la bipolaridad actividad - pasividad opera bajo la forma de acomodación pasiva versus la modificación activa de las condiciones ecológicas, para asegurar la supervivencia. El período de desarrollo que cubre esta etapa es el que Millon denomina autonomía sensorio-motora, desde los 12 meses hasta los 6 años.

3.- Replicación: Tomando como base la capacidad reproductiva de la especie humana, que se desarrolla cuando se adquiere la identidad genérica, Millon se refiere al desarrollo del sí mismo, por una parte, y al amor constructivo por los demás. En esta etapa del desarrollo se conforma la bipolaridad sí mismo-otros.

4.- La cuarta fase corresponde a la **abstracción**, la capacidad humana de trascender lo concreto e inmediato y de manejar simbólicamente los datos y los hechos, para conformar la realidad fenomenológica personal. Esta fase corresponde al período de integración intracortical, que cubre el período que se extiende desde los 4 años hasta la adolescencia.

No se incluyen aquí polaridades, si bien el área en desarrollo incluye específicamente el pensamiento y la afectividad. Las adquisiciones y logros de cada fase son, obviamente, acumulativas. Este nuevo aporte teórico, en el que combina las fases con las polaridades, rescata la evolución genético-ambiental que Millon planteaba ya en sus primeras obras. Se muestran los diez tipos de trastornos que resultan de la combinación de las bipolaridades mencionadas con las fases de la evolución. En un artículo publicado en el *Journal of Psychotherapy Integration*, en 1993, Millon, Everly y Davis afirman que la persona, “único sistema orgánicamente integrado en el campo psicológico” (p. 335), es el lugar que vincula funciones psicológicas con contextos extrapersonales. La personología es, entonces, el ámbito privilegiado para el logro de la integración bio-psico-social. “...una teoría que pueda unificar la conducta y la psicoterapia” (p. 338). Refiriéndose a la multiplicidad de teorías que consideran parciales o no totalmente integradas, expresan que su propio objetivo es “...transformar el edredón de retazos en un prolijo y estético tapiz que entreteja las diversas formas

en que se expresa la naturaleza” (p. 339). El modelo teórico que proponen en el artículo mencionado intenta también una integración entre personalidad y psicoterapia. En su libro *Personality disorders in modern life*, Millon y Davis (2000), reiterando una vez más su premisa de que una teoría de la personalidad debe ser tan integrativa como la personalidad misma, “...una totalidad intrínseca de dominios interactuantes” (p. 57), afirman que una teoría de esta naturaleza se organiza incorporando principios que caen fuera del campo de la personalidad: “...comprenderá, así, un conjunto de constructos holísticos que existen por encima de cualquier perspectiva en particular, lográndose de este modo su integración como partes de un todo” (p. 57). Cualquier otra alternativa, afirman los autores, conducirá a una postura ecléctica de puntos de vista parciales no asimilados. A partir de su concepción de la personalidad como “un sistema sintetizado y esencial”, en el que “...ningún área puede aislarse y funcionar por sí misma” (Millon, 1996, p. 189), afirmaba que la naturaleza sistémica de la personalidad determina que cada una de las áreas funcionales y estructurales estén conectadas entre sí y que discurra entre ellas en forma permanente una amplia red de mecanismos de feedback, que contribuyen a mantener la unidad del organismo total. La propuesta integradora de Millon y Davis (2000) rescata los ocho dominios específicos (que ya figuraban en el Manual del MCMI-II, 1987), representados por atributos estructurales (que incluyen el temperamento, la autoimagen, las representaciones objetales y la organización intrapsíquica) y por procesos funcionales (referidos al comportamiento observable, al comportamiento interpersonal, al estilo cognitivo y a los mecanismos de defensa). La interacción de atributos y procesos conforma lo que, por analogía con los recursos defensivos del cuerpo, podría equipararse con el sistema inmune de la personalidad. Desde su posición holística evolutiva, Millon y Davis estiman que las ocho áreas por medio de las cuales se manifiesta la personalidad, pueden ser abordadas por cuatro perspectivas teóricas: biológica, cognitiva, interpersonal y psicodinámica. En el prefacio de su libro *Trastornos de personalidad. Más allá del DSM-IV* (1996) Millon manifiesta haber “... tomado ideas prestadas de varias escuelas de pensamiento, adaptando y rehaciendo lo que parecen ser puntos de vista divergentes para que se ajusten a un modelo integrador coherente basado en principios teóricos” (p. VIII). Más adelante, en el capítulo 5, retomando la idea de

sistema aplicable a la personalidad, enfatiza la necesidad de no perder de vista que, cualquiera sea la naturaleza del problema que un paciente presente, siempre será "...la unión intrincadamente conectada de comportamientos, cogniciones y procesos intrapsíquicos intrincadamente vinculados entre sí" (p. 189), que han de ser abordados desde un modelo integrador, si bien en algunos tramos de sus escritos (2000), insiste en la mayor especificidad de algunas de las perspectivas antes mencionadas para el logro de los cambios terapéuticos.

2.2.2.5. ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD SEGÚN THEODORE MILLON

2.2.2.5.1. MODELO BIOSOCIAL

Millon (1969), desde una posición que pretendía integrar esas cuatro diferentes posturas, defendió un modelo biosocial que consideraba la dotación genética, las características ambientales y la interacción entre ambas como la etiología de la personalidad, normal y anormal.

La génesis del desarrollo de personalidad según Millon plantea en la teoría Biosocial que tiene como base los factores biogénicos y psicogénicos en el desarrollo de la personalidad que actúan de forma conjunta y recíproca. "La etiología en psicopatología puede considerarse como un proceso de desarrollo en el que fuerzas intraorganísmicas y ambientales despliegan no sólo una reciprocidad y circularidad de influencia, sino también una continuidad ordenada y proseguida a través de toda la vida del individuo" (Millon & Everly, *Personality and its disorders. A biological learning approach.*, 1985). Mencionando así que el desarrollo de la personalidad para Theodore Millon es la interacción de los factores biológicos y ambientales.

Esta interacción entre fuerzas intraorganísmicas y ambientales empieza con la concepción del niño y continúa a través de toda su vida, de tal forma que al nacer

estamos dispuestos genéticamente para ser similares a nuestros padres y con el paso del tiempo cada niño evoluciona según un ritmo propio, teniendo cada niño una velocidad de desarrollo (Millon, *Abnormal Behavior and Personality: A biosocial learning approach.* , 1974)

a. LA DOTACIÓN GENÉTICA

Millon se pone de manifiesto la importancia que tienen las características morfológicas, endocrinas, fisiológicas y químicas del cerebro en el desarrollo y la conducta. El sistema nervioso de cada persona selecciona, transforma y registra hechos objetivos de acuerdo a las características biológicas distintivas. Aunque está lejos todavía encontrar cómo actúa este complejo sistema, se sabe que los aspectos biológicos influyen en la constitución de la personalidad (Millon T. , 1974)

Las influencias biológicas se han investigado el papel de la herencia, del temperamento y de la individualidad biofísica. El papel de la herencia se ha tenido en cuenta principalmente en estudios que comparaban rasgos de miembros de la misma familia, observándose coincidencias importantes entre ellos. Pese a encontrar esta influencia de la herencia, los psicólogos de la personalidad insisten en que las disposiciones genéticas pueden ser modificadas por los factores ambientales. La mayor prueba radica en que los factores genéticos predisponen a ciertos rasgos, pero no los determinan (Millon T. , 1974)

En cuanto a las disposiciones de temperamento con las que nace un niño sabemos que al nacer posee un patrón distintivo de disposiciones y sensibilidad ante el mundo que es lo que se considera su temperamento. Sin embargo, los niños se diferencian en algunos aspectos que describe Millon: difieren en la regularidad de sus funciones vitales; en su reactividad autonómica; en la reactividad ante la estimulación y la adaptación al cambio; en los estados de ánimo característicos como claramente positivos o negativos; muestran diferentes niveles e intensidad de respuesta y en la distractibilidad y persistencia. Aunque estos comportamientos tempranos se modifiquen en la infancia, esta continuidad no puede ser atribuida

enteramente a la persistencia de la dotación innata, sino que las experiencias posteriores sirven para reforzar las características que se mostraban en el nacimiento. Esto ocurre en gran medida porque las conductas iniciales de los niños transforman el medio, lo que hace que intensifiquen y acentúen las conductas iniciales (Millon T. , 1974).

Dentro de estas características temperamentales hay que considerar dos aspectos: por un lado el aprendizaje adaptativo y por otro el reforzamiento recíproco. En cuanto al primero, indica que las disposiciones biológicas de maduración infantil son importantes porque aumentan la probabilidad de que ciertas clases de conducta sean aprendidas, de tal modo que se aprenderán aquellas conductas para las que el niño está predispuesto biológicamente. El reforzamiento recíproco hace referencia a que el temperamento de los niños evoca acciones de los otros que acentúan la disposición inicial. Esto es así, porque los estados de ánimo biológicos y los niveles de actividad no son sólo conductas propias de los niños, sino también de sus padres, por lo que estos tienden a actuar con comportamientos que refuerzan las conductas de los niños. Por ejemplo, si la disposición del niño es a ser adaptable y cariñoso, la madre reforzará rápidamente al niño con una actitud positiva hacia él; mientras que si el niño llora con frecuencia, está tenso y es difícil de cuidar, la madre reaccionará con fatiga, hostilidad y malestar hacia él (Millon T. , 1974)

El último de los aspectos biológicos a tener en cuenta es la individualidad biofísica. En la constitución física del cerebro existen múltiples diferencias entre unos individuos y otros, lo que influye en el funcionamiento psicológico. Esto puede influir en el carácter de la experiencia y el curso del aprendizaje y el desarrollo, por lo que diferencias interindividuales en la estructura anatómica y la organización pueden dar lugar a un amplio espectro de efectos psicológicos relevantes. Además de las diferencias anatómicas habría que tener en cuenta la influencia de la bioquímica cerebral en el desarrollo de las funciones psicológicas. La idea de un espectro de variaciones constitucionales naturales en la estructura neurológica y funcionamiento bioquímico puede aportar información al estudio de

los factores biogénéticos que aparecen con los trastornos y disfunciones (Millon T. , 1974)

b. LAS CARACTERÍSTICAS AMBIENTALES

La personalidad tiene por tanto una naturaleza *biosocial*: es la síntesis de muchos y distintos factores, que confluyen para producir, de forma compleja e integrada, ese cuadro global que caracteriza a cada hombre como ser único e irreplicable. No sólo esto, sino que a lo largo de la vida de un individuo la personalidad no es inmutable, sino que se ve continuamente enriquecida, o empobrecida, y modificada por las experiencias vividas, internas o externas, algunas de las cuales dejan una marca profunda. La manera de como pensamos, actuamos, sentimos y adquirimos conocimientos y educación no es independiente del ambiente, ya que vivimos en sociedad y estamos en constante interacción con las personas y diversas variables que nos influyen en el diario vivir. Por lo tanto el ambiente puede determinar o forjar nuestra personalidad.

Basados en 4 mecanismos que utiliza la evolución para la supervivencia y reproducción. Son aplicables a la filogénesis y a los estilos de adaptación humanos. 4 elementos organizados en polos.

- Metas de la existencia (búsqueda del placer/evitación del dolor)
- Modos de adaptación
- Estrategias de replicación
- Procesos de abstracción

Las formas patológicas del funcionamiento humano son interpretadas por Millon, como deficiencias, interrupciones, conflictos o desequilibrios de esos principios de la evolución que son la base de la adaptación y de la supervivencia ecológica. (Blanco & Moreno, 2006)

Metas de la existencia:

Transformación desde los estados menos organizados hacia aquellos con estructuras distintivas o mayor organización. Reconoce que, en último término, las motivaciones apuntan hacia una de dos direcciones:

Búsqueda del placer-apertura, búsqueda de experiencias de recompensa, refuerzos positivos. “disfrutar la vida” “aumentar calidad de vida”. Tendencia hacia los acontecimientos que son atractivos o refuerzan positivamente. Evitación del dolor: preservación, evitación del peligro y amenazas, refuerzos negativos. “preservar la vida” “Disminuye la calidad de vida”. Tendencia a alejarse de los acontecimientos que son aversivos o refuerzan negativamente.

Modo de adaptación:

Se refiere a que dentro del amplio abanico de comportamientos en los que puede verse involucrada una persona, estos pueden ser agrupados en función de si el individuo toma la iniciativa para configurar los acontecimientos que le rodean o si su comportamiento es básicamente reactivo a ellos. Incluye los procesos homeostáticos empleados para sobrevivir en sistemas abiertos. Intercambio de energía/información con el medio. Estrategias de afrontamiento, esquemas, reglas, formas de procesar.

Modos de replicación:

Estilos reproductivos para maximizar la diversificación y selección de atributos efectivos desde el punto de vista ecológico. Reconoce que entre todos los objetos de nuestro entorno existen dos que destacan entre los demás por su poder para afectarnos: nosotros mismos y los otros. Refuerzo se basa en el yo: incapaz de dar cuidados, individualista, insensible, falto de consideración. En el otro: interés por supervivencia y descendencia, protector y solícito, amor constructivo hacia los demás. Cuidador, afiliativo.

Procesos de abstracción

Aparece el sentido de identidad individual como distinto de los demás. Se crea de un área de representaciones internas, transformada por las reflexiones racionales y emocionales, que gobiernan el curso de la acción y a partir de la cual se inician los comportamientos. Capacidad de abstracción para poder trascender la realidad puramente concreta del momento actual y proyectar el si mismo como objeto en múltiples contingencias futuras con el propio estilo de acción. Emergencia de competencias de planificación y toma de decisiones. Estilo de representar las experiencias en significados. Modos de procesar la información Los estilos cognitivos serían las capacidades de simbolizar el mundo interno/externo Polaridad pensamiento/sentimiento. Estas habilidades son cognitivas y emocionales.

- Fuente de la Información
 - Externa (extrovertido)(tangible)
 - Interna (introvertido) (intangible)
- Procesos de transformación de la Información
 - Intelectivos/pensamiento (asimilativos, reflexivo)
 - Afectivos/sentimiento (imaginativos, innovador)

c. INTERACCIÓN ENTRE AMBAS COMO LA ETIOLOGÍA DE LA PERSONALIDAD

La interacción entre factores biológicos y ambientales no es unidireccional, especialmente en el caso del desarrollo precoz. La maduración biológica depende de la experiencia ambiental favorable y el desarrollo del sustrato biológico puede interrumpirse por deprivación estimular en períodos sensibles del desarrollo neurológico, que tiene una continuidad intrínseca a través de la vida. Los acontecimientos vividos en la infancia son más significativos para la formación de la personalidad que los acontecimientos recientes y que las conductas actuales están relacionadas con la experiencia temprana (Millon & Everly, Personality and its disorders. A biological learning approach., 1985)

La plasticidad maduracional se refiere a que existen determinadas conductas que pueden conllevar consecuencias psicológicas que afecten tan profundamente al desarrollo de las estructuras biológicas que las transformen completamente. En este sentido, las experiencias cercanas son centrales para el desarrollo de las experiencias posteriores ya que los periodos de maduración estructural ocurren en estados prenatales y continúan en los primeros años de vida (Millon, 1981b). Los estímulos nutrientes se refieren no sólo a la nutrición básica y obvia, sino a los estímulos que durante la maduración del organismo afectan a la composición química, a su tamaño final y a las vías de conexiones neuronales en el cerebro. La creencia de que la maduración del organismo requiere periódicos estímulos nutrientes para el desarrollo sugiere que el organismo busca un nivel óptimo de estimulación principalmente en los primeros años de vida (Millon & Everly, *Personality and its disorders. A biological learning approach.*, 1985).

d. TEORÍA DE LAS ETAPAS DE CRECIMIENTO NEUROLÓGICO

Considera el desarrollo como moldeado por estímulos nutricionales durante las etapas importantes del crecimiento neurológico. La noción de que existen periodos “sensibles” del desarrollo neurológico implica que existen periodos limitados de tiempo durante los cuales son necesarios estímulos particulares para el total desarrollo madurativo. Estas etapas neuropsicológicas del desarrollo son:

1. Fijación sensorial (0-18 meses): en esta etapa se produce una maduración rápida de sustratos neurológicos para los procesos sensoriales, así como el apego y dependencia del bebé hacia los otros.
2. Anatomía sensoriomotora (12 meses a los 6 años): diferenciación rápida de las capacidades motoras, que se coordinan con las funciones sensoriales establecidas.
3. Iniciativa intracortical (4 años y toda la adolescencia): rápido desarrollo de los centros corticales superiores, lo que permite al niño reflexionar, proyectar y actuar independientemente de la vigilancia paterna.

A partir de lo dicho anteriormente y tal y como se concibe el desarrollo, Millon expone cómo se configuran la maduración y los aprendizajes significativos. En el primer año de vida, los niños se ocupan en una gran variedad de respuestas conductuales. Aunque los niños mostrarán lo que parecen ser características constitucionales de nacimiento, la manera de reaccionar hacia sí mismos y hacia su entorno tiende, al principio, a ser cambiante e impredecible para el observador. Parece que estas respuestas conductuales tienen una función exploradora. A través del aprendizaje por “ensayo y error” el niño aprende qué respuestas son efectivas y cuáles no lo son.

Descubre qué respuestas le conducen hacia un refuerzo (placentero) y qué respuestas son inefectivas o castigadas (no placenteras). A medida que el niño se desarrolla y madura, tienen lugar un proceso moldeador. Los que observan al niño pueden ver que empieza a practicar respuestas conductuales específicas bastante consistentes en situaciones diferentes. El niño está demostrando un hábito. Mientras el niño continúa madurando, comienza a mostrar un grupo repetitivo de hábitos. Estos pueden ser considerados como un rasgo. Finalmente, la conducta de los niños cristaliza en un patrón preferido de comportamientos. Estos patrones no sólo se vuelven resistentes a la extinción, sino que el hecho de que hayan tenido éxito en el pasado hace a estos patrones de respuesta altamente prioritarios.

Así, dada una continuidad en el desarrollo biológico básico y un rango de experiencias para seleccionar y adoptar respuestas conductuales, el niño puede estar capacitado para desarrollar un patrón distintivo de interacción intrapersonal y con el entorno que es profundamente incorporado y no fácilmente erradicable. En resumen, según Millon, estas características son la esencia y la suma de la personalidad del niño (Millon y Everly, 1994).

El hecho de que las conductas tempranas contribuyan de forma desproporcionada a la conducta aprendida se debe a que son difíciles de extinguir por el hecho de que es un aprendizaje presimbólico, fortuito y generalizado. Esto es debido al carácter repetitivo de la experiencia, la tendencia de las relaciones interpersonales

a reforzarse recíprocamente y la perseverancia de componentes tempranos de carácter. (Aparicio García, 2001)

Las disposiciones biológicas del niño en vías de maduración son importantes porque refuerzan la probabilidad de que determinadas clases de conducta sean aprendidas (Millon, 1974a). Por tanto, el patrón de aprendizaje biosocial que defiende el autor proviene en gran parte de la tesis de que el patrón constitucional del niño conforma sus experiencias de refuerzo social y actúa en reciprocidad con las mismas.

El aprendizaje en el niño se asienta en dos ejes principales: el aprendizaje interpersonal y el aprendizaje de las estrategias de afrontamiento intra e interpersonal. El aprendizaje interpersonal y de las actitudes sobre sí mismo está categorizado por tres etapas: el aprendizaje de la confianza en los otros, el aprendizaje de la competencia y el aprendizaje de la identidad personal, donde culmina el proceso de integración del concepto de sí mismo, imagen y esquema corporal. El aprendizaje de las estrategias de afrontamiento intra e interpersonal da lugar al predominio de un estilo básico de personalidad en cada individuo, aunque se adquieran características de diversos estilos que son utilizadas de manera complementaria o alternativa (Ávila-Espada & J., 1995, págs. 131-159)

e. PERSONALIDAD NORMAL Y ANORMAL

Para Millon, la personalidad está orientada en un continuo, en el cual encontramos en un lado la personalidad normal y en el otro la patológica, insistiendo en que no existe una línea que separe tajantemente lo normal y lo patológico, ya que la patología tiene los mismos determinantes que el funcionamiento normal. Esto lo justifica en cada una de sus obras.

Explica que la psicopatología está conformada según los mismos procesos y principios que los que intervienen en el desarrollo normal y el aprendizaje; sin embargo, debido a diferencias en el carácter, el tiempo, la intensidad o la

persistencia de determinadas influencias, algunos individuos adquieren hábitos y actitudes mal adaptados, en tanto que otros no lo hacen.

Según Millon, la línea que separa la conducta normal de la anormal es tan fina que la persona puede tener un funcionamiento normal en algunas áreas mientras que en otras no, además de que las circunstancias ambientales pueden ser tan cambiantes que determinadas estrategias pueden ser saludables en un momento y no en otro (Aparicio García M. E., 2001) (Millon & Everly, Revisión del concepto de personalidad y del modelo de personalidad de Millon., 1985)

Las distinciones entre normalidad y patología son en parte construcciones sociales o artefactos culturales. Debido a su carga social, los aspectos positivos de la normalidad están ejemplificados por los comportamientos y las costumbres que son prototípicos para el grupo de referencia del individuo. Por el contrario, la patología o la anormalidad se ejemplifican mediante comportamientos poco frecuentes, irrespetuosos u hostiles con relación al grupo de referencia. (Aparicio García M. E., 2001). Entre los diversos criterios ajenos a la cultura utilizados para definir la normalidad, están la capacidad para funcionar de forma autónoma y competente, la tendencia a adaptarse de forma eficaz y eficiente al propio entorno social, la sensación subjetiva de satisfacción y la capacidad para poner en marcha o mejorar las propias potencialidades.

La psicopatología, por tanto, debe entenderse como la presencia de un déficit en alguna de las cualidades antes mencionadas o de características que limitan activamente el desarrollo de estas capacidades (Millon & Davis, Disorders of personality: DSM-IV and beyond. New York: Wiley-Interscience. (Traducido al español: Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV.), 1996)

Los trastornos de personalidad podrían ser considerados de este modo como representaciones de desviaciones exageradas y patológicamente distorsionadas emanadas de una distribución de rasgos normales y saludables y no como la intromisión de alguna fuerza externa extraña sobre la personalidad del individuo (Millon y Everly, 1994).

En sus formulaciones, Millon subraya el carácter central de los patrones de personalidad, para romper con el viejo hábito mental que induce a creer que todas las formas psicopatológicas son enfermedades, es decir, entidades identificables, ajenas al individuo; intrusos que se adhieren insidiosamente a la persona y destruyen sus funciones normales. Incide en la idea que impera en la psicopatología actual sobre el escaso crédito que tiene el concepto de enfermedad, considerándose los desórdenes y perturbaciones en términos de capacidad total del paciente para hacer frente a las tensiones. Por este motivo, en medicina se considera que la constitución del paciente (su vitalidad y vigor) es la que determina la propensión a la enfermedad o su capacidad de resistencia a la misma (Aparicio García M. , 2001)

Pese al carácter tenue y fluctuante de la distinción entre normalidad y patología, señala que puede ser útil desarrollar algunos criterios que hagan viables estas distinciones. La personalidad emerge como resultante de dos procesos: cómo el individuo interactúa con las demandas de su medio ambiente y cómo se relaciona consigo mismo. Cuando el individuo exhibe la capacidad de enfrentarse a su medio ambiente en forma flexible y apropiada y cuando sus percepciones y conductas características favorecen incrementos de satisfacción personal, entonces puede decirse que posee un patrón de personalidad sano y normal.

De este modo, cuando se responden a las responsabilidades corrientes y a las relaciones diarias de forma rígida o deficiente, o cuando las percepciones y las conductas características del individuo favorecen un aumento de molestia personal o reducen sus oportunidades de aprendizaje y desarrollo, entonces puede decirse que existe un patrón de personalidad patológico. Es decir, desde el punto de vista del desarrollo, la patología de la personalidad es el resultado de las mismas fuerzas implicadas en el desarrollo del funcionamiento normal. Son las diferencias importantes en relación con el carácter, la duración y la intensidad de estas influencias las que provocan que ciertos individuos presenten elementos patológicos, mientras que otros desarrollan rasgos más adaptativos (Aparicio García M. , 2001) (Millon & Davis, Disorders of personality: DSM-IV and

beyond. New York: Wiley-Interscience. (Traducido al español: Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV.), 1996)

El resumen de este desarrollo podría ser el siguiente (Millon y Everly, 1994): Un individuo se puede considerar como normal y saludable cuando:

1. Muestra capacidad para relacionarse en su entorno de una manera flexible y adaptativa.
2. Las percepciones características del individuo de sí mismo y del entorno son fundamentalmente constructivas.
3. Los patrones de conducta manifiesta predominantes del individuo pueden ser considerados como promotores de salud.

Un individuo se puede considerar que posee una personalidad anormal cuando:

1. La persona intenta afrontar las responsabilidades y relaciones cotidianas con inflexibilidad y conductas desadaptativas.
2. Las percepciones características de sí mismo y del entorno son fundamentalmente autofrustrantes.
3. Los patrones de conducta manifiesta del individuo tienen efectos perniciosos para la salud.

Así, los patrones patológicos de personalidad se distinguen de los normales por su escasa flexibilidad de adaptación, su tendencia a crear círculos viciosos y su escasa estabilidad ante situaciones creadoras de estrés. Cuando Millon revisa su modelo de trastornos de personalidad en los años 90, usa su modelo evolutivo para desarrollar dimensiones de medida que podrían incluirse en rasgos de personalidad normal. Sin abandonar sus ideas de los estilos de personalidad, crea 24 escalas para medir 6 metas motivacionales, 8 modos cognitivos y 10 conductas interpersonales, áreas que constituyen el Inventario Millon de Estilos de Personalidad (MIPS). (Aparicio García M. , 2001)

En su diferenciación entre personalidad normal y patológica incluye la diferenciación entre patrones y estilos. En general, usa el término patrón cuando se refiere a la personalidad patológica, mientras que usa el término estilo para hablar de personalidad normal. Millon habla de patrón de personalidad para referirse a los modos intrínsecos y penetrantes de funcionar que surgen de la matriz entera de la historia del desarrollo individual y caracterizan ahora sus percepciones y sus maneras de comportarse con respecto a su medio ambiente.

El patrón está compuesto de conductas que provienen de una acción recíproca constante y penetrante tanto de disposiciones biológicas como de experiencia aprendida y no son mezcla de conductas, sino una organización estrecha de necesidades, actitudes y conductas. Este patrón de personalidad del individuo se convierte en el fundamento para su capacidad de funcionar en una forma mentalmente sana o enferma (Aparicio García M. , 2001) (Millon & Davis, Disorders of personality: DSM-IV and beyond. New York: Wiley-Interscience. (Traducido al español: Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV.), 1996)

2.2.2.6. MODELO EVOLUTIVO DE THEODORE MILLON DE LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

La propuesta de Millon constituye uno de los aportes más sólidos y de mayor desarrollo para cubrir la falencia sobre la personalidad. Su perspectiva teórica adquiere singular importancia por ser influyente en el desarrollo de varias ediciones de la nomenclatura de los trastornos de personalidad.

La primera propuesta teórica de Millon estaba basada en un modelo de aprendizaje biosocial (Millon, 1976; Millon & Everly, 1994) y la noción de refuerzo era el tema unificador del modelo. Al respecto, Millon sintetizaba su propuesta a partir de tres preguntas: ¿qué refuerzos busca el individuo?, ¿dónde procura encontrarlos?, y ¿cómo actúa para poder optar por ellos? El modelo

resultante podía ser visualizado como el resultado de tres dimensiones polares que respondían a esas preguntas.

Millon decía, entonces, que el refuerzo buscado podía ser la persecución del placer o la evitación de dolor, que ese refuerzo podía ser buscado en sí mismo o en los otros, y finalmente, que el individuo podía actuar de manera activa o de manera pasiva para alcanzarlo (Sánchez, 2003)

De esta manera, (Sánchez, 2003) refiere las tres polaridades del modelo original fueron las siguientes: conducta instrumental (como), activo – pasivo; fuente del refuerzo (donde), sí mismo (independiente) – otros (dependiente); naturaleza del refuerzo (que), placer – dolor (pág. 166).

	Fuentes de refuerzo			
	Sí mismo	Otros	Sí mismo u otros	Ni sí mismo ni otros
	Estilos de personalidad			
Conducta instrumental	independiente	Dependiente	Ambivalente	Desvinculado
Activo	Enérgico	Sociable	Susceptible	Inhibido
Pasivo	Seguro	Cooperativo	Deferente	Introverso

Fuente: (Sánchez, 2003, pág. 167)

	OBJETIVO EXISTENCIAL		ESTRATEGIAS DE REPLICACIÓN		
	<u>Mejoría de la vida</u>	<u>Perseverancia de la vida</u>	<u>Propagación reproductiva</u>	<u>Cuidados reproductivos</u>	
Polaridad	Placer – Dolor		Sí mismo – Otros		
Deficiencia, desequilibrio o conflicto	Placer (bajo) Dolor (bajo o alto)	Placer Dolor (inversión)	Sí mismo (bajo) Otros (alto)	Sí mismo (alto) Otros (bajo)	Sí mismo- Otros (inversión)

Fuente: (Sánchez, 2003, pág. 167)

La teoría sostiene que a partir del conocimiento de los defectos de las tres dimensiones polares es posible derivar de forma deductiva los ocho trastornos de personalidad básicos, combinando la naturaleza y las conductas instrumentales (activo contra pasivo). El modelo incluía, tres variantes de trastornos de personalidad más severos. Estos cuatro patrones se cruzan con las dos variantes de conducta instrumental (activo, pasivo) para producir ocho modelos de personalidad.

El cuadro que se presenta a continuación, indica cómo los ocho modelos de personalidad se relacionan con las tres polaridades.

Modo adaptativo	TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD				
Pasivo: Acomodación	Aislamiento Esquizoide Depresivo	Complacencia Masoquista	Aquiescencia Dependiente	Afirmación Narcisista	Conformismo Obsesivo-compulsivo
Activo: modificación	Duda Por evitación	Control Sádico	Huida-escape Histriónico	Disidencia Antisocial	Queja Negativista
Patología estructural	Esquizotípico	Límite, Paranoide	Límite	Paranoide	Límite, Paranoide

Fuente: (Sánchez, 2003, pág. 167)

LEVE	MODERADO	GRAVE	PROFUNDO
Esquizoide	Esquizotípico	Esquizofrénico	Personalidad terminal
Evitativo			
Dependiente	Cicloide	Ciclífrénico	Personalidad terminal
Histriónico			
Compulsivo			
Negativista			
Compulsivo	Paranoide	Parafrénico	Personalidad terminal
Negativista			
Narcisista			
Antisocial			

Modelo original para la descompensación de los prototipos de personalidad en personalidades más severas. Nota: la personalidad esquizoide se llamó asocial en el trabajo original y la personalidad esquizotípica fue llamada esquizoide; estos nombres se cambiaron a los actuales para evitar confusión (Adaptado de Choca, 1999).

2.2.2.6. PERSONALIDAD Y SALUD

Los conceptos de personalidad y salud han sufrido una evolución en sus definiciones y aproximaciones teórico prácticas que tienen gran importancia en el estudio de la relación entre ambos. En el presente trabajo se plantea la relación de personalidad con una perspectiva de salud, considerando la salud como variable dinámica que incluye los planos individual, laboral, social y ecológico de la persona. De este enfoque se derivan consecuencias a tener en cuenta en posibles programas de prevención y promoción de la salud.

Afrontar la relación existente entre personalidad y salud implica, en primer lugar, conocer el concepto explicativo del que se parte para cada uno de esos términos, ya que ambos poseen múltiples definiciones y un largo bagaje teórico y de investigación a sus espaldas.

Tradicionalmente, la personalidad ha representado las características estructurales y dinámicas de los individuos que se reflejan en respuestas más o menos específicas en diferentes situaciones. Estas propiedades permanentes han dado origen a numerosos enfoques en relación con rasgos y tipos de personalidad y desarrollos teóricos y empíricos que las relacionan con variables más o menos implicadas en procesos de ausencia de bienestar, como por ejemplo del Síndrome de Burnout o de Desgaste Profesional (Strogoff & Fogg, 2010).

2.2.2.6.1. SALUD

Se define la salud como “una facultad de adaptación humana al medio ambiente, de ajuste del organismo a su medio” (Mancia, 2007). Que permite encontrar un

sentido de felicidad y bienestar que está relacionado con otros factores tales como la familia, la educación y la calidad de vida en general.

La relación entre personalidad y estados psicológicos, biológicos y neurológicos del individuo ha dado lugar a diferentes aproximaciones al estado de salud que establecen, por ejemplo, correlaciones del mismo con la actividad cardiovascular o la función inmunológica. Desde este enfoque, personalidad y enfermedad serían manifestaciones diversas de un mismo agente causal.

Desde la Psicopatología se han realizado aproximaciones que correlacionan ciertos tipos de trastornos conductuales con alteraciones psicofisiológicas o psicosomáticas. Por ejemplo, en la relación entre trastorno arterial coronario y su asociación frecuente con depresión y ansiedad (Kaplan y Kimball, 1982), la relación de las enfermedades cardiovasculares con factores de Personalidad Tipo A (Sánchez, Flores, Ramos, Hurtado y Medecigo, 2000), los estudios sobre depresión tanto como antecedente como consecuente del cáncer, recopilados y revisados por Ibáñez (1984) y Barreto, Capafons e Ibáñez (1987), o los trabajos que relacionan diabetes con alteraciones como la depresión o alteraciones psicopatológicas como la psicosis maniaco-depresiva desde distintos enfoques (Gil, 1998).

2.2.2.6.2. LA PERSONALIDAD RELACIONADA CON PROBLEMAS

CARDIOVASCULARES

A mediados del siglo XX, en específico en el año de 1970, el nacimiento de la psicología de la salud permitió la incursión de la ciencia psicológica en un campo que pertenecía exclusivamente a la medicina, cuestión que originó diversas investigaciones en un área interdisciplinaria nueva, llamada psico-oncología (Vinaccia, 2003).

En el estudio de la personalidad se destaca patrones de comportamiento luego de haber formulado y profundizado en su total dimensión; que es y cómo se

comprende la personalidad para relacionar con trastornos cardiovasculares como es la hipertensión arterial esencial.

Los Trastornos psicosomáticos Domingo Izquierdo, psicoanalista y académico de la U. Diego Portales, explica que además de la personalidad, influyen otros aspectos en la aparición de enfermedades físicas. "Las personas que tienen dificultad para manejar estados emocionales como la rabia, la tristeza y la angustia, tienen mayor propensión a desarrollar enfermedades psicosomáticas" (ElComercio.com, 2014).

Según el estudio, ser amable, responsable y curioso se asocia con una mejor salud, mientras que la ansiedad estaría ligada a padecimientos como artritis y trastornos cardiovasculares, por ejemplo. "Estos resultados apoyan el consenso emergente de que los rasgos de personalidad juegan un papel importante en el proceso de salud", escribieron los autores en la investigación publicada en la revista 'Social Psychological and Personality Science'.

Para realizar el estudio, se midió en una escala de cuatro puntos las personalidades de los adultos mayores según cinco tipos: extraversión, apertura a la experiencia, responsabilidad, amabilidad y neuroticismo. Después de cuatro años de estudio se les preguntó si habían sido diagnosticados con alguna enfermedad, como accidentes cerebrovasculares, patologías pulmonares, diabetes, artritis o hipertensión.

Así se concluyó que en el caso del tipo de personalidad responsable personas que son organizadas, trabajadoras y detallistas-, disminuía el riesgo de padecer un accidente cerebrovascular en un 37%. Por otro lado, estar abierto a la experiencia gente que tiene mucha imaginación, curiosidad y perspicacia-, se vio que disminuía las probabilidades de sufrir un accidente cerebrovascular en un 31%, un problema cardíaco en 17% y presión arterial alta en 29%.

En tanto, que la extroversión, personas caracterizadas por ser sociables, asertivas, y enérgicas, disminuía el riesgo de padecer un ataque cerebral en 31%, una condición cardíaca en 17% y artritis en 21%. Se estima que estos tipos de

personalidad están más asociados a conductas saludables, como una alimentación sana, más ejercicio y menos estrés.

En cambio, las personas que calificaron alto en neuroticismo conocidas por ser nerviosas, ansiosas, sensibles y tener cambios de ánimo, en general tenían altas probabilidades de no ser saludables. Por ejemplo, se encontró en estas personas aumentaba el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular en 29%, tener presión alta en 37%, y padecer artritis en 25%.

Varios estudios ya han establecido la relación entre tipos de personalidad y salud en general. Sin embargo, los autores de este trabajo advirtieron que todavía no se puede inferir una asociación causal entre las personalidades y enfermedades específicas. "La personalidad está intermediada por otras variables, como trastornos depresivos, estrés, o cómo las personas regulan sus emociones, que finalmente van a tener una relación más directa con la enfermedad", explica Jaime Silva, doctor en Psicobiología y académico de la U. del Desarrollo.

Por ejemplo, explica que cuando una persona tiene un excesivo control de las emociones, genera una cascada de fenómenos fisiológicos relacionados con la hipertensión. Silva explica que este estudio es valorable porque es longitudinal y demuestra que la personalidad puede predecir una enfermedad física.

En tanto, para otros especialistas se debe ver con cautela este tipo de investigaciones. "No es que la personalidad milagrosamente cause una enfermedad. Es un mecanismo que está mediado por otros factores más específicos como por ejemplo, dormir mal, fumar, tomar alcohol, no tomarse los remedios que provocan que la persona tenga mejor o peor salud", dice Eliana Guic, profesora de psicología de la Universidad Católica. Se trata de conductas, hábitos, cogniciones, y maneras de manejar las emociones que son factores de riesgo y están más directamente relacionados a la salud, explica Guic (ElComercio.com, 2014).

La presión arterial alta o hipertensión arterial constituye uno de los principales factores de riesgo cardiovascular, cuya alta prevalencia y la posibilidad de ser modificada mediante la intervención terapéutica la convierten en un problema de

gran interés sanitario y socioeconómico. Se entiende la hipertensión arterial como un problema de salud de origen multifactorial, en el que existen tres grandes categorías de factores implicados: los factores biológicos clásicos, los factores comportamentales de riesgo asociado (hábitos de alimentación, consumo de tabaco y alcohol, y la práctica de ejercicio físico) y los factores psicológicos, incluyendo en estos últimos tanto los efectos de estrés sobre el sistema cardiovascular, como las variables individuales de tipo disposicional (hostilidad e ira como rasgo) y emociones negativas como la ira, la ansiedad o la depresión (Espinosa, García-Vera, & Sanz, 2012).

A pesar de que la emoción de ira es una de las variables más estudiadas y de que hay resultados que continúan siendo inconsistentes sobre su papel en la HTA-E, la mayoría de los estudios encuentran que la ira en alguno de sus componentes o constructos (por ejemplo, ira rasgo, control de ira, expresión de ira, ira hostil, etc.) desempeña un papel importante en la elevación de los niveles de PA.

En cuanto a la ansiedad, estudios transversales y longitudinales han hallado que los pacientes con HTA presentaban mayores puntuaciones en ansiedad que personas con niveles de PA normales. Aunque, no todos los estudios encuentran una relación entre altos niveles de ansiedad y altos niveles de PA. En este sentido, de siete estudios prospectivos revisados y que examinaban la influencia de la ansiedad en personas normotensas y relativamente saludables, cinco encontraron que los individuos ansiosos tuvieron significativamente más probabilidad de desarrollar HTA o incrementaron significativamente sus niveles de PA.

Aunque también existe gran tradición en la investigación sobre la relación entre depresión y la HTA, el cuerpo de estudios prospectivos también presenta datos inconsistentes. Algunas líneas de investigación proponen que existiría una relación positiva entre el afecto negativo y la HTA ya que algunos de los factores implicados en la patogénesis de los trastornos cardiovasculares como el aislamiento social, los rasgos de personalidad, la ansiedad, y la depresión, entre otros, podrían estar actuando por sus efectos en el estado de ánimo. Aunque en la actualidad esta relación no está clara, los datos sugieren que probablemente el estado afectivo de una persona medie junto con los factores psicosociales (apoyo

social, sedentarismo, consumo de sustancias) en los niveles de PA. Muchos estudios sí sugieren que la depresión correlaciona con la HTA por lo que a la luz de estos resultados, esta cuestión debería continuar abierta.

Sin embargo, aunque la ansiedad y la depresión pueden formar parte de la respuesta no adaptativa a los sucesos estresantes, y también formar parte de la cadena que causa la HTA-E, la contribución aislada de cada uno de estos componentes ha sido cuestionada (Espinosa, García-Vera, & Sanz, 2012).

Por otro lado, debido a que la PA es una variable que fluctúa fácilmente, su medida debe hacerse con especial cuidado para que la clasificación de los participantes en hipertensos y normotensos sea correcta. La mayoría de los estudios han utilizado como procedimiento de medida de la PA las mediciones efectuadas en el contexto clínico. Sin embargo, datos cada vez más numerosos coinciden en que, dada la variabilidad inherente a la PA y las peculiares circunstancias físicas y psicológicas de la consulta clínica, este tipo de medida se ha demostrado que no es representativa de los niveles de PA habituales de un individuo y que no descarta los fenómenos de HTA clínica aislada (HTA-CA) y de HTA enmascarada. La inclusión de estos dos fenómenos en los estudios que buscan diferencias en emociones negativas entre los grupos de hipertensos y normotensos es un factor importante que puede sesgar los resultados y explicar, en parte, la inconsistencia de los datos.

Por último, otros factores psicológicos relacionados con el desarrollo y mantenimiento de la HTA-E son los rasgos de personalidad. Probablemente, la relación entre la personalidad y la salud ha sido una de las áreas más estudiadas de la medicina psicosomática. Concretamente, y casi ochenta años más tarde de los primeros acercamientos, el papel que desempeña la personalidad en el desarrollo de la HTA-E está todavía sin aclarar. Algunos estudios metaanalíticos ponen de manifiesto que los rasgos de personalidad como el de ansiedad, el de ira, el de defensividad y el rasgo de depresión están asociados al desarrollo de la HTA-E.

Por ejemplo, el rasgo de ansiedad es uno de los rasgos más asociados con la HTA-E, pero la evidencia científica sobre esta relación es ambigua. Varios estudios han encontrado que los hipertensos presentan niveles más altos en el rasgo de ansiedad

que los normotensos; sin embargo otros estudios no obtienen los mismos resultados.

Algo similar ocurre con el rasgo de ira y con el patrón de conducta tipo A (conjunto de respuestas conductuales, fisiológicas, cognitivas y emocionales caracterizado por extrema competitividad, motivación de logro, hostilidad, impaciencia, inquietud, hiperactividad, explosividad en el habla, necesidad de control, tensión en los músculos faciales). Mientras que algunos datos indican que los hipertensos, en comparación con personas sin HTA-E muestran mayores niveles de ira rasgos y de patrón de conducta tipo A otros no encuentran diferencias significativas ni en el rasgo de ira, ni en el patrón de conducta tipo A entre hipertensos y normotensos.

En relación con el rasgo de depresión, los datos que relacionan esta característica emocional de la personalidad con la HTA-E son ambiguos, ya que mientras que algunos estudios transversales indican que los hipertensos muestran mayores niveles del rasgo de depresión que los normotensos otros estudios no apoyan esta hipótesis (Espinosa, García-Vera, & Sanz, 2012).

2.2.3. HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL

2.2.3.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

La organización mundial de la salud, en el 2013 desde Ginebra, establece un estudio fundamental para el conocimiento de enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial, realiza un análisis mundial y sobresaliente para conocer más sobre la hipertensión arterial primaria o esencial y secundaria u orgánica. Con el tema “Información General sobre la Hipertensión en el mundo”

La hipertensión afecta ya a mil millones de personas en el mundo, y puede provocar infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares. Los investigadores calculan que la hipertensión es la causa por la que mueren anualmente nueve millones de personas. Sin embargo, este riesgo no tiene que ser necesariamente tan elevado. La hipertensión se puede prevenir. La prevención es mucho menos costosa y mucho más segura para los pacientes que intervenciones como la cirugía de revascularización miocárdica o la diálisis, que a veces son necesarias cuando la hipertensión no se diagnostica y no se trata. Los esfuerzos mundiales para hacer frente al reto que plantean las enfermedades no transmisibles han cobrado impulso a partir de la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles de 2011. La Organización Mundial de la Salud está elaborando un Plan de Acción Mundial 2013-2020, con el fin de definir una hoja de ruta para las acciones encabezadas por los países en materia de prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Los Estados Miembros de la OMS están consensuando un marco mundial de vigilancia para seguir los progresos en materia de prevención y control de estas enfermedades y sus principales factores de riesgo. Uno de los objetivos previstos es una reducción considerable del número de personas hipertensas. La hipertensión es una enfermedad letal, silenciosa e invisible, que rara vez provoca síntomas. Fomentar la sensibilización pública es clave, como lo es el acceso a la detección temprana. Las personas deben saber por qué el aumento de la tensión arterial es peligroso, y cuáles son los pasos para controlarla. También deben saber que la hipertensión y otros factores de riesgo como la diabetes a menudo aparecen juntos. Para aumentar este conocimiento, los países deben disponer de sistemas y

servicios para promover la cobertura sanitaria universal y apoyar modos de vida saludables: adoptar un régimen alimentario equilibrado, consumir menos sal, evitar el uso nocivo del alcohol, realizar ejercicio físico regularmente y no fumar. El acceso a medicamentos de buena calidad, eficaces y baratos también es vital, particularmente en el nivel de la atención primaria. Como ocurre con otras enfermedades no transmisibles, la sensibilización ayuda a la detección temprana, y la autoasistencia contribuye a garantizar la observancia del tratamiento farmacológico, los comportamientos saludables y un mejor control de la enfermedad. Los países de ingresos elevados han comenzado a reducir la hipertensión en sus poblaciones mediante políticas enérgicas de salud pública, como la reducción de la sal en los alimentos procesados y la amplia disponibilidad de servicios de diagnóstico y tratamiento de la hipertensión y otros factores de riesgo. Se pueden mencionar numerosos ejemplos de acciones conjuntas, intersectoriales, que enfrentan con eficacia los factores de riesgo de la hipertensión. En cambio, en muchos países en desarrollo aumenta el número de personas que sufren infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares provocados por factores de riesgo no diagnosticados ni controlados, como la hipertensión. Este nuevo documento de la OMS de información sobre la hipertensión en el mundo busca contribuir a los esfuerzos de todos los Estados Miembros para elaborar y aplicar políticas dirigidas a reducir la mortalidad y la discapacidad que causan las enfermedades no transmisibles. La prevención y el control de la hipertensión son piedras angulares para ello (O.M.S., 2013).

2.2.3.2. HISTORIA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Para llegar al concepto de hipertensión fue necesario que se tomara conciencia de que la presión arterial es una variable como la respiración, la frecuencia cardíaca o la temperatura. Que algunas tienen la presión más elevada que otras, y que mientras más elevada mayor es el riesgo de enfermar, para que esto se supiera hubo que inventar un aparato que la midiera. A partir de ahí surgieron nuevos problemas, nuevas incógnitas, algunas resueltas ya, otras en su mayoría aún no, de manera que esta investigación pretende colaborar con la historia de la hipertensión y verificar si la personalidad incide en su presencia.

El reconocimiento y medida de la presión arterial lo inicia el reverendo Stephen Hales (1677-1761). Una vez logrado el diagnóstico y el conocimiento de la magnitud de problema, faltaba el tratamiento. A mediados del siglo XX todavía se trataba a base de dietas sin sodio, luego a mediados del siglo xx se trató con reserpina, casi al mismo tiempo apareció los diuréticos, tiempo después la acción del óxido nítrico, la acetilcolona y la misma aspirina. Muchos otros descubrimientos se han dado sobre esta enfermedad, pero otros hacen falta, por ejemplo las causas por que la presión arterial sube en casi la tercera parte de la población mundial adulta, tampoco el trastorno genético o poligenético que favorece o genera la hipertensión o el tratamiento que lo cure a tiempo y no solo que disminuya su valor. García, (2010).

2.2.3.3. DEFINICIÓN

La hipertensión es una afección en la cual la presión en los vasos sanguíneos es continuamente alta. Cuanta más alta es la tensión arterial, más tiene que trabajar el corazón para bombear la sangre. Si no se controla, la hipertensión puede provocar infarto de miocardio, hipertrofia ventricular y, finalmente, insuficiencia cardíaca. En los vasos sanguíneos, la presión alta puede provocar dilataciones (aneurismas) y zonas de debilidad en la pared vascular, lo que aumenta las probabilidades de obstrucción y rotura. La presión en los vasos sanguíneos también puede causar fugas de sangre hacia el cerebro y esto puede causar accidentes cerebrovasculares. Además, la hipertensión puede causar insuficiencia renal, ceguera, rotura de los vasos sanguíneos y deterioro cognitivo (O.M.S., 2013)

La tensión arterial se mide en milímetros de mercurio (mm Hg) y se registra en forma de dos números separados por una barra. El primero corresponde a la tensión arterial sistólica, la más alta, que se produce cuando el corazón se contrae. El segundo corresponde a la tensión arterial diastólica, la más baja, que se produce cuando el músculo cardíaco se relaja entre un latido y otro. La tensión arterial normal en un adulto se define como una tensión sistólica de 120 mm Hg y una tensión diastólica de 80 mm Hg (O.M.S., 2013).

Sin embargo, los beneficios cardiovasculares de la tensión arterial normal se extienden incluso por debajo de esos niveles de tensión sistólica (105 mm Hg) y de tensión diastólica (60 mm Hg). La hipertensión se define como una tensión sistólica igual o superior a 140 mm Hg y una tensión diastólica igual o superior a 90 mm Hg. Los niveles normales de ambas, sistólica y diastólica, son particularmente importantes para el funcionamiento eficiente de órganos vitales como el corazón, el cerebro o los riñones, y para la salud y el bienestar en general (O.M.S., 2013).

2.2.3.4. TIPOS DE HIPERTENSION ARTERIAL

Se conoce dos tipos de personalidad:

a) HIPERTENSIÓN PRIMARIA, ESENCIAL O IDIOPÁTICA.

En la mayoría de los pacientes con presión arterial alta, no se puede identificar ninguna causa, esta situación se denomina hipertensión primaria. Se calcula que el 95% aproximadamente de los pacientes con hipertensión tienen hipertensión primaria. El término alternativo, hipertensión esencial, es menos adecuado desde un punto de vista lingüístico, ya que la palabra esencial suele denotar algo que es beneficioso para el individuo. El término “hipertensión benigna” también debe evitarse, porque la hipertensión siempre conlleva riesgo de enfermedad cardiovascular prematura (Bescós, A., Crespo, Arias, & Chaparro, 2012)

b) HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA.

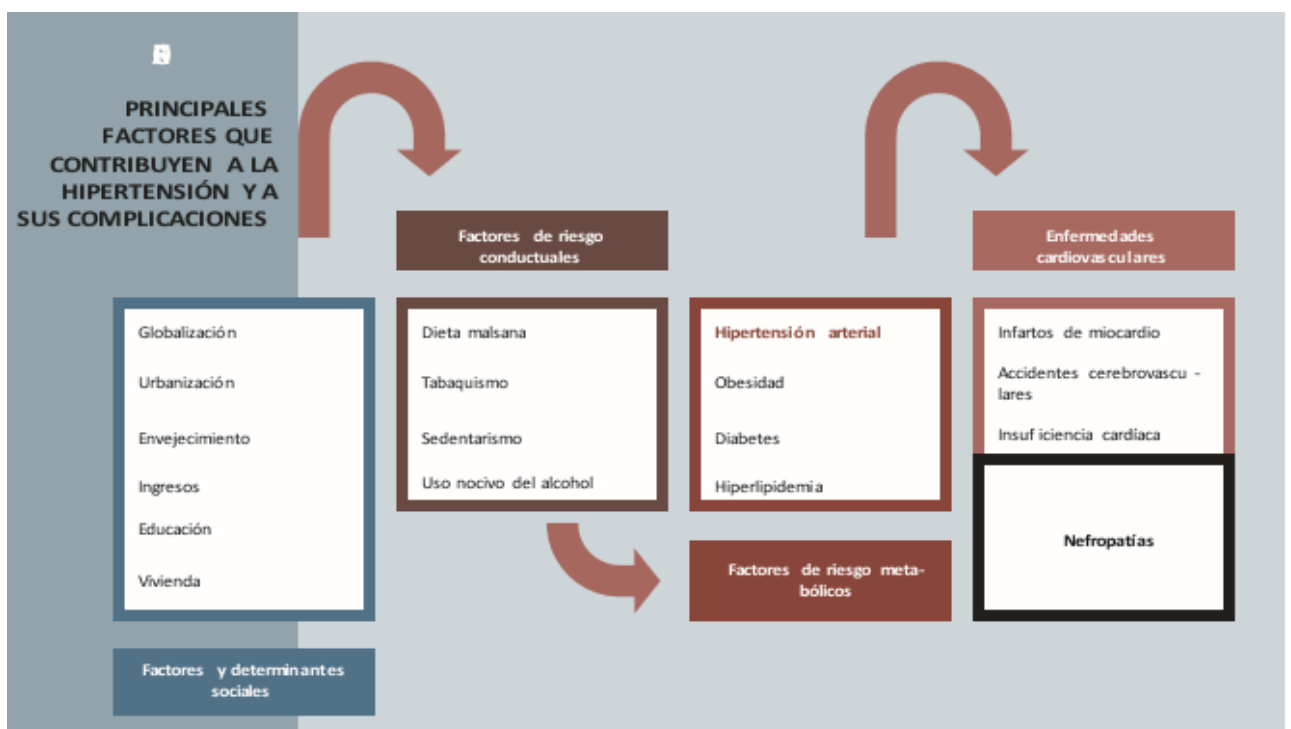
El término hipertensión secundaria se utiliza cuando la hipertensión está producida por un mecanismo subyacente, detectable. Existen numerosos estados fisiopatológicos como estenosis de la arteria renal, feocromocitoma y coartación aórtica, que pueden producir hipertensión arterial. En alguno de estos casos, la elevación de la presión arterial es reversible cuando la enfermedad subyacente se trata con éxito. Es importante identificar la pequeña cantidad de pacientes con una forma secundaria de hipertensión, porque en algunos casos existe una clara

posibilidad de curación del cuadro hipertensivo (Bescós, A., Crespo, Arias, & Chaparro, 2012)

2.2.3.5. CAUSAS Y EFECTOS DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL

Numerosos factores relacionados con el comportamiento pueden contribuir a la hipertensión, entre ellos:

- El consumo de alimentos que contienen demasiada sal y grasa, y de cantidades insuficientes de frutas y hortalizas
- el uso nocivo del alcohol;
- el sedentarismo y la falta de ejercicio físico, el mal control del estrés.



Fuente: (O.M.S., 2013)

Las condiciones de vida y trabajo de las personas influyen sobremanera en estos factores de riesgo conductuales.

Además, existen algunos factores metabólicos que aumentan el riesgo de enfermedad cardiovascular, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal y otras

complicaciones de la hipertensión, como la diabetes, la hipercolesterolemia y el sobrepeso o la obesidad. El consumo de tabaco y la hipertensión interactúan para aumentar aún más la probabilidad de padecer enfermedad cardiovascular.

2.2.3.5.1. FACTORES SOCIOECONÓMICOS

Los determinantes sociales de la salud, como los ingresos, la educación y la vivienda, repercuten negativamente en los factores de riesgo conductuales y, en este sentido, influyen en la aparición de hipertensión. Por ejemplo, el desempleo o el temor a perder el trabajo pueden repercutir en los niveles de estrés que, a su vez, influyen en la tensión arterial alta. Las condiciones de vida o de trabajo también pueden retrasar la detección y el tratamiento por la falta de acceso al diagnóstico y al tratamiento y, además, impedir la prevención de las complicaciones. La urbanización acelerada y desordenada también tiende a contribuir a la hipertensión, ya que los entornos insalubres alientan el consumo de comidas rápidas, el sedentarismo, el tabaquismo y el uso nocivo del alcohol. Por último, el riesgo de hipertensión aumenta con la edad, por el endurecimiento de las arterias, aunque el modo de vida saludable, la alimentación saludable y la reducción de la ingesta de sal pueden retrasar el envejecimiento de los vasos sanguíneos (O.M.S., 2013).

2.2.3.5.2. OTROS FACTORES

En algunos casos, la hipertensión no tiene causas específicas conocidas. Puede haber factores genéticos, y cuando se detecta hipertensión en personas menores de 40 años, es importante excluir una causa secundaria, como enfermedades renales y endocrinas o malformaciones de los vasos sanguíneos. La preeclampsia es la hipertensión que sufren algunas mujeres durante el embarazo. Por lo general, desaparece después de dar a luz, aunque algunas veces persiste. Las mujeres que la padecen tienen más probabilidades de tener hipertensión más adelante en la vida.

En ocasiones, la tensión arterial medida es más alta de lo habitual. En algunas personas, la ansiedad ante una consulta médica puede aumentar temporalmente la tensión arterial (“síndrome de la bata blanca”). Para establecer si este es el caso, es posible medir la presión en el hogar, utilizar un dispositivo para medir la tensión arterial varias veces al día o realizar diferentes mediciones en el consultorio (O.M.S., 2013).

2.2.3.6. SÍNTOMAS DE LA HIPERTENSIÓN

La mayoría de los hipertensos no tienen síntomas. Está muy difundida la idea incorrecta de que las personas con hipertensión siempre tienen síntomas, pero la realidad es que la mayoría no los tiene. A veces la hipertensión provoca síntomas como cefalea, dificultad respiratoria, mareo, dolor torácico, palpitaciones o hemorragia nasal. Ignorar estos síntomas puede ser peligroso, pero tampoco se los puede interpretar siempre como indicativos de hipertensión. La hipertensión es una grave señal de advertencia de la necesidad de modificar significativamente el modo de vida. Esta afección puede matar en silencio y es importante que todo el mundo se controle la tensión arterial (O.M.S., 2013)

2.2.3.7. DIAGNÓSTICO

Para medir la tensión arterial se utilizan dispositivos electrónicos, de mercurio y aneroides (14). La OMS recomienda el uso de dispositivos asequibles y fiables que ofrecen la opción de realizar lecturas manuales (14, 15). Los dispositivos semiautomáticos permiten realizar mediciones manualmente cuando se agotan las baterías, un problema que no es infrecuente en entornos con recursos limitados. Como el mercurio es tóxico, se recomienda eliminar progresivamente los dispositivos que lo usan y reemplazarlos por dispositivos electrónicos (14). Para utilizar dispositivos aneroides, como los esfigmomanómetros, es imprescindible calibrarlos cada seis meses y capacitar y evaluar a las personas que los usen.

Es preciso medir la tensión arterial durante algunos días antes de establecer el diagnóstico de hipertensión. La tensión se mide dos veces al día, preferiblemente por la mañana y por la tarde. Se toman dos mediciones consecutivas, con un intervalo mínimo de un minuto entre ambas y con la persona sentada. Las mediciones del primer día se descartan, y para confirmar el diagnóstico de hipertensión se toma el valor promedio de todas las restantes. Si la hipertensión se detecta pronto es posible minimizar el riesgo de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular e insuficiencia renal. Todos los adultos deben controlarse y conocer los valores de su tensión arterial. Los dispositivos digitales permiten medir la tensión arterial sin necesidad de acudir a un centro médico. Cuando se detecta hipertensión, se debe buscar el asesoramiento de un profesional sanitario. En algunos casos, los cambios en el modo de vida no bastan para controlar la tensión arterial y son necesarios medicamentos de dispensación con receta. Los medicamentos para la tensión arterial actúan por diferentes vías, como la eliminación del exceso de sal y líquidos del organismo, la disminución de los latidos cardíacos y la relajación y dilatación de los vasos sanguíneos. En los lugares en los que los dispositivos para medir la tensión arterial son asequibles, se recomienda que los pacientes se midan ellos mismos la tensión arterial. Como ocurre con otras enfermedades no transmisibles, la auto asistencia puede facilitar la detección temprana, la observancia del tratamiento farmacológico y los comportamientos saludables, un mejor control y la concienciación sobre la importancia de consultar a un médico si fuera necesario. La autoasistencia es importante en todos los casos, pero más todavía para las personas que tienen un acceso limitado a los servicios de salud por dificultades de índole geográfica, física o económica (O.M.S., 2013).

2.2.3.8. LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL RELACIONADA CON PROBLEMAS PSICOLÓGICOS EN LA PERSONALIDAD.

En 1957 Rosenman cardiólogo del hospital Monte Sinaí en San Francisco-California, describieron un estilo de comportamiento que llamaron patrón de conducta tipo A, que constituye un factor de riesgo para la cardiopatía isquémica; estas personas tienen 2,5 veces más probabilidades de presentar angina de pecho o

infarto de miocardio. Desde una perspectiva psicológica este patrón de conducta Tipo A no es un rasgo de personalidad, sino un estilo de comportamiento que se distribuye a lo largo de un continuo, quienes no presenten estos comportamientos o los presenten con poca frecuencia, se consideran personas tipo B. Este patrón de comportamiento se constituye en un factor de riesgo que opera al margen de otros factores de riesgo como el tabaco, la hipertensión y la obesidad. Las personas tipo A muestran una mayor reactividad autonómica y endocrina que los tipos B, por lo cual responden a las situaciones que generan estrés con mayores aumentos de la presión sistólica de la sangre, mayor tasa cardíaca y mayores niveles de epinefrina y norepinefrina.

Además se caracterizan por su estilo dominante, competitivo y autoritario; velocidad, impaciencia e irritabilidad. Suelen estar bastante desconectados de su vida interior, con dificultad para conocer y expresar sus emociones; gran implicación en el trabajo, el rendimiento y los resultados finales, más que por el disfrute de la actividad mientras se realiza; asumen el descanso o el ocio como pérdida de tiempo. Con tendencia a la actividad permanente, su vida gira en torno al trabajo, al logro y al éxito, dan la impresión de no tener nunca suficiente. Son personas enérgicas, que hablan con voz alta y con rapidez, se muestran tensas e impacientes y emprenden numerosas tareas, tratando de destacarse y triunfar en todas ellas.

Dado que para ellas su valía personal depende de sus logros y cualquier muestra de debilidad puede ser fatal, suelen tener un gran temor al fracaso, pues lo consideran un indicativo de su falta de valor personal; el logro y el éxito se les torna vital. Son propensas a la ira y hostilidad, con estallidos de descontrol emocional, consideran que tienen todas las soluciones y que las cosas funcionan mal porque no se les consulta; no tienen en cuenta las opiniones de los demás y tienden a ocultar sus propias deficiencias, culpando o descalificando a otras personas. Por otra parte, en la aparición de HTA juega un papel altamente significativo la ansiedad, muy vinculada con el estrés y definida como un estado o sensación de desasosiego, agitación, incertidumbre y temor resultante de la previsión de alguna amenaza o peligro, generalmente de origen intrapsíquico más que externo, cuya fuente suele ser desconocida o no puede determinarse.

La ansiedad es esencialmente una respuesta al estrés, una emoción natural presente en todos los individuos, que resulta muy adaptativa pues pone en alerta ante una posible amenaza. Es una reacción compleja, frente a situaciones y estímulos actual o potencialmente peligrosos, o subjetivamente percibidos como amenazantes. Incluye componentes psíquicos, fisiológicos y conductuales; esta reacción de alarma conlleva una activación fisiológica, en la que están implicadas muchas respuestas del sistema nervioso autónomo, sistema nervioso motor (músculos voluntarios e involuntarios) y de otros sistemas.

La alta intensidad de esos cambios corporales, la falta de control sobre las respuestas del sistema nervioso autónomo (tasa cardíaca, sudoración, rubor, respuestas gástricas, dificultades respiratorias, etc.), así como la falta de información, pueden llevar a algunos individuos a una sensación de miedo e incluso pánico, por la reacción que se genera en su organismo. A su vez este miedo provoca ansiedad, activación fisiológica, y por lo tanto un mayor incremento de las respuestas fisiológicas (UniversidadManizales, 2006).

2.2.3.9. TRATAMIENTO RELACIONADO A LA HIPERTENSIÓN

ARTERIAL ESENCIAL

La hipertensión arterial suele diagnosticarse en una revisión médica. Hay que hacer varias mediciones y constatar que realmente existen cifras altas de presión arterial. En ocasiones, se descubre al aparecer alguna de sus consecuencias nocivas o complicaciones: problemas de corazón, insuficiencia renal o lesiones cerebrales. El estudio de la hipertensión arterial es dirigido a determinar la causa, la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular y su repercusión en diferentes órganos.

Se comienza por un interrogatorio médico completo, exploración física y los estudios analíticos. La hipertensión arterial casi siempre es esencial (sin causa aparente), pero puede ser secundaria a otras enfermedades.

Cuando se sospecha que hay una enfermedad causante de la hipertensión arterial es conveniente completar el estudio cardiológico con otros estudios orientados a encontrar dicha causa. Se dispone también de otras pruebas que evalúan la repercusión que la hipertensión arterial produce en los órganos diana (corazón, riñón, cerebro, ojos) (Jarne, 2010).

Tomando como modelo en el tratamiento en la hipertensión arterial esencial se destaca la orientación profesional (Echeverría & Riondet, 2009) mencionando:

1. Modificaciones del estilo de vida

- Reducción de peso (si hay obesidad o sobrepeso)
- Reducción de la ingesta de sodio
- Reducción de la ingesta de alcohol
- Ejercicio aeróbico regular
- Abandono del tabaquismo
- Tratamiento del estrés en aquellos que parece ser un factor importante
- Adopción de dieta DASH (dietary approaches to stop hypertension) rica en potasio y calcio.

2. Tratamiento farmacológico

Los antihipertensivos no deben emplearse como sustitutos de las medidas no farmacológicas sino como complemento de las mismas. La reducción de las cifras de PA mediante el uso de medicamentos disminuye la morbimortalidad cardiovascular.

3. Tratamiento individualizado

Implica tener en cuenta las enfermedades o situaciones asociadas que hagan preferible la utilización de determinado tratamiento médico y psicológico. Nuestra

investigación destaca a la psicología como proceso terapéutico. Lo que establece la importancia en la vida del individuo, hemos destacado el proceso psicoeducativo como una de las bases, para el tratamiento de la hipertensión arterial esencial, como son talleres psicoeducativos enfocados en la patología.

2.2.3.9.1. INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA REALIZADA

La psicoeducación hace referencia a la educación o información que se ofrece a las personas que sufren de un trastorno psicológico, aunque este tipo de intervenciones psicológicas también incluyen el apoyo emocional, la resolución de problemas y otras técnicas. A menudo, el entrenamiento psicoeducativo involucra a los pacientes con esquizofrenia, depresión, ansiedad, psicosis, desórdenes alimenticios y trastornos de personalidad. Así mismo, incluye cursos de entrenamiento para el paciente dentro del contexto del tratamiento de su enfermedad física. También están incluidos los miembros de la familia. La meta es que el paciente entienda y sea capaz de manejar la enfermedad que presenta. De igual manera, se refuerzan las fortalezas, los recursos y las habilidades propias del paciente para hacerle frente a su enfermedad, para así evitar una recaída y contribuir con su propia salud y bienestar, con un fundamento a largo plazo. La teoría es, cuanto mejor conozca el paciente su propia enfermedad, mejor puede vivir con su condición.

Destacando la importancia de la psicoeducación, se desarrolló 5 talleres psicoeducativos: 4 dirigidos a los pacientes y familiares; 1 a los pacientes, familiares y amigos cercanos.

Se realizaron en la Asociación de Diabéticos e Hipertensos de Pastaza, ubicado en el catón Puyo, calles Pichincha y Cotopaxi. Los talleres, tomaron un tiempo de 1h y 45 min. Desde el mes de mayo a julio. La fecha y hora se establecen a continuación:

FECHA DE ACTIVIDADES			
Tiempo: 1h y 45 min.			
	Tema del taller	Fecha	Hora
1	La Hipertensión arterial un problema de salud pública mundial.	Martes, 06 de mayo, 2014.	3 pm.
2	Personalidad y trastorno cardiovasculares (hipertensión arterial).	Martes, 06 de mayo, 2014.	3 pm.
3	Tipos de personalidad que coadyuvan a enfermedades psicosomáticas.	Martes, 06 de junio, 2014.	3 pm.
4	Tratamiento psicoterapéutico de los patrones clínicos de personalidad.	Martes, 06 de junio, 2014.	3 pm.
5	Psicoeducación dinámica familiar	Martes, 06 de julio, 2014.	3 pm.

A continuación se detalla cada uno de los talleres mencionados.

2.2.3.9.2.1. PLANIFICACIÓN DE LOS TALLERES PSICOEDUCATIVOS

ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS E HIPERTENSOS DE PASTAZA

TALLER DE PSICOEDUCACIÓN HIPERTENSIÓN-PERSONALIDAD

PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DEL TALLER

Numero Taller:	1	Institución:	ADHAP
Fecha:	Martes, 06 de Mayo, 2014	Coordinación:	Ing. Wilson Hidalgo. Coordinador General.
Ejecutores:	Edison Pinduisaca/Luis Guano	Duración:	1 hora, 45 minutos
Ciudad:	Puyo	Beneficiarios:	Socios/Pacientes y Familias

Tema del Taller: La Hipertensión arterial un problema de salud pública mundial.

Objetivo general del taller: Desarrollar talleres psicoeducativos para sensibilizar la influencia de la personalidad en la Hipertensión Arterial Esencial.

Actividad Inicial

Tema:		Objetivo: Desarrollar talleres psicoeducativos para sensibilizar la influencia de la personalidad en la Hipertensión Arterial Esencial.	Descripción: - Palabras a cargo de coordinador de la asociación de ADHAP. - Bienvenida a los socios/pacientes y familias. - Para la realización de las dinámicas cooperativas se les da la consigna de formar un círculo con sus sillas para trabajar.
LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA MUNDIAL.			
Actividades para inicio del taller: - Presentación de los talleres por las autoridades de la asociación. - Dinámica cooperativas: “El globo” y “La negra Tomasa”			
Materiales: 1 Globo, Sillas, micrófono, parlantes, esferográfico.			
Tiempo: 25 Minutos	Ejecutores: Luis Guano/Edison Pinduisaca		

Actividad Intermedia

Tema:	Objetivo:	Descripción:
LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL UN PROBLEMA DE	Desarrollar talleres	- Palabras a cargo de un expositor y

SALUD PÚBLICA MUNDIAL.		psicoeducativos para sensibilizar la influencia de la personalidad en la Hipertensión Arterial Esencial.	presentación del tema. - Ejecución del taller (Contenido). CONTENIDO: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Porque la hipertensión arterial es un problema de salud pública mundial? • Definición • Tipos de hipertensión arterial <ul style="list-style-type: none"> ○ Hipertensión arterial primaria o esencial ○ Hipertensión arterial secundaria u orgánica • Causas y efectos de la hipertensión arterial esencial <ul style="list-style-type: none"> ○ Causas ○ Factores socioeconómicos
Actividades para intermedio del taller:			
<ul style="list-style-type: none"> - Inicio del desarrollo del taller psicoeducativo a cargo de un expositor. - Ejecución del taller (Contenido). 			
Materiales: Computadora, Proyector, Electrónico (diapositivas).			
Tiempo: 1 hora	Ejecutores: Luis Guano/Edison Pinduisaca		

			<ul style="list-style-type: none"> ○ Otros factores • Síntomas de la hipertensión • Diagnóstico • La hipertensión arterial esencial relacionada con problemas psicológicos en la personalidad.
--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Actividad Final

Tema: LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA MUNDIAL.	Objetivo: Desarrollar talleres psicoeducativos para sensibilizar la influencia de la personalidad en la Hipertensión Arterial Esencial.	Descripción: - Palabras finales a cargo del expositor (conclusiones y recomendaciones.)
Actividades para finalizar el taller:		- Palabras finales a cargo de coordinador de la asociación de

<ul style="list-style-type: none"> - Conclusiones y recomendaciones. - Invitación para el segundo taller. - Refrigerio 		<p>ADHAP.</p> <p>-Invitación al segundo taller psicoeducativo.</p>
<p>Materiales: Micrófono, Parlantes, refrigerio.</p>		
<p>Tiempo: 20 Minutos</p>	<p>Ejecutores: Luis Guano/Edison Pinduisaca</p>	

ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS E HIPERTENSOS DE PASTAZA

TALLER DE PSICOEDUCACIÓN HIPERTENSIÓN-PERSONALIDAD

PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DEL TALLER

Numero Taller:	2	Institución:	ADHAP
Fecha:	Martes, 20 de Mayo, 2014	Coordinación:	Ing. Wilson Hidalgo. Coordinador General.
Ejecutores:	Edison Pinduisaca/Luis Guano	Duración:	1 hora, 45 minutos
Ciudad:	Puyo	Beneficiarios:	Socios/Pacientes y Familias

Tema del Taller: Personalidad y trastorno cardiovasculares (hipertensión arterial).

Objetivo general del taller: Desarrollar talleres psicoeducativos para sensibilizar la influencia de la personalidad en la Hipertensión Arterial Esencial.

Actividad Inicial

Tema: PERSONALIDAD Y TRASTORNO CARDIOVASCULARES	Objetivo: Desarrollar talleres	Descripción: - Palabras a cargo de coordinador
-----------------------------------------------------------	------------------------------------------	----------------------------------------------------------

(HIPERTENSIÓN ARTERIAL).		psicoeducativos para sensibilizar la influencia de la personalidad en la Hipertensión Arterial Esencial.	de la asociación de ADHAP. - Bienvenida a los socios/pacientes y familias. - Para la realización de las dinámicas cooperativas se les da la consigna de formar un círculo con sus sillas para trabajar.
Actividades para inicio del taller:			
<ul style="list-style-type: none"> - Presentación de los talleres por las autoridades de la asociación. - Dinámica cooperativas: “Pachin-Pachin”; La fruta Prohibida. 			
Materiales: Sillas, micrófono, parlantes, esferográfico.			
Tiempo: 25 Minutos	Ejecutores: Luis Guano/Edison Pinduisaca		

Actividad Intermedia

Tema:	Objetivo:	Descripción:
PERSONALIDAD Y TRASTORNO CARDIOVASCULARES (HIPERTENSIÓN ARTERIAL).		
Actividades para intermedio del taller:	Desarrollar talleres psicoeducativos para sensibilizar la influencia de la personalidad en la Hipertensión	- Palabras a cargo de un expositor y presentación del tema. - Ejecución del taller (Contenido).
<ul style="list-style-type: none"> - Inicio del desarrollo del taller psicoeducativo a cargo de 		

<p>un expositor.</p> <p>- Ejecución del taller (Contenido).</p>		<p>Arterial Esencial.</p>	<p>CONTENIDO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definición personalidad - Personalidad y salud. <ul style="list-style-type: none"> ○ Salud ○ La personalidad y los conflictos psicológicos ○ Características de personalidad sana y patológica ○ Patrones clínicos de personalidad y sus características. ○ Evaluación del tipo de personalidad. ○ Las emociones en la
<p>Materiales: Computadora, Proyector, Electrónico (diapositivas).</p>			
<p>Tiempo: 1 hora</p>	<p>Ejecutores: Luis Guano/Edison Pinduisaca</p>		

			<p>influencia de la personalidad</p> <ul style="list-style-type: none">○ La ansiedad, depresión, problemas ambientales, estrés influye en el desarrollo de la personalidad. <ul style="list-style-type: none">● Definición de trastorno cardiovascular<ul style="list-style-type: none">○ Trastornos cardiovasculares asociados a problemas psicológicos○ Causas y efectos de los problemas cardiovasculares.
--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

			<ul style="list-style-type: none"> ○ Video “los trastornos cardiovasculares y sus consecuencias” ○ La personalidad relacionada con problemas cardiovasculares • La personalidad como factor a la hipertensión arterial esencial.
--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Actividad Final

Tema:	Objetivo:	Descripción:
PERSONALIDAD Y TRASTORNO CARDIOVASCULARES (HIPERTENSIÓN ARTERIAL).	Desarrollar talleres psicoeducativos para sensibilizar la influencia de la personalidad en	- Palabras finales a cargo del expositor (conclusiones y recomendaciones.)
Actividades para finalizar el taller:		

<ul style="list-style-type: none"> - Conclusiones y recomendaciones. - Invitación para el tercer taller. - Refrigerio. 	<p>la Hipertensión Arterial Esencial.</p>	<p>- Palabras finales a cargo de coordinador de la asociación de ADHAP.</p> <p>-Invitación al tercer taller psicoeducativo.</p>
<p>Materiales: Micrófono, Parlantes, refrigerio.</p>		
<p>Tiempo: 20 Minutos</p>		

ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS E HIPERTENSOS DE PASTAZA

TALLER DE PSICOEDUCACIÓN HIPERTENSIÓN-PERSONALIDAD

PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DEL TALLER

Numero Taller:	3	Institución:	ADHAP
Fecha:	Martes, 10 de Junio, 2014	Coordinación:	Ing. Wilson Hidalgo. Coordinador General.
Ejecutores:	Edison Pinduisaca/Luis Guano	Duración:	1 hora, 45 minutos
Ciudad:	Puyo	Beneficiarios:	Socios/Pacientes y Familias

Tema del Taller: Tipos de personalidad que coadyuvan a enfermedades psicosomáticas.

Objetivo general del taller: Desarrollar talleres psicoeducativos para sensibilizar la influencia de la personalidad en la Hipertensión Arterial Esencial.

Actividad Inicial

Tema: TIPOS DE PERSONALIDAD QUE COADYUVAN A ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS.	Objetivo: Desarrollar talleres psicoeducativos para sensibilizar	Descripción: - Palabras a cargo de coordinador de la asociación de ADHAP.
---------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------

<p>Actividades para inicio del taller:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presentación de los talleres por las autoridades de la asociación. - Dinámica cooperativas: “El gato y el ratón”; Un barquito de papel. 	<p>la influencia de la personalidad en la Hipertensión Arterial Esencial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bienvenida a los socios/pacientes y familias. - Para la realización de las dinámicas cooperativas se les da la consigna de formar un círculo con sus sillas para trabajar.
<p>Materiales: Sillas, micrófono, parlantes, esferográfico.</p>		
<p>Tiempo: 25 Minutos Ejecutores: Luis Guano/Edison Pinduisaca</p>		

Actividad Intermedia

<p>Tema:</p> <p>TIPOS DE PERSONALIDAD QUE COADYUVAN A ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS.</p>	<p>Objetivo:</p> <p>Desarrollar talleres psicoeducativos para sensibilizar la influencia de la personalidad en la Hipertensión Arterial</p>	<p>Descripción:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Palabras a cargo de un expositor y presentación del tema. - Ejecución del taller (Contenido). <p>CONTENIDO:</p>
<p>Actividades para intermedio del taller:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inicio del desarrollo del taller psicoeducativo a 		

<p>cargo de un expositor.</p> <p>- Ejecución del taller (Contenido).</p>		<p>Esencial.</p>	<p>- Definición personalidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Definición psicósomáticas • Tipos de personalidad <ul style="list-style-type: none"> ○ Patrones clínicos de personalidad de acuerdo a la investigación de Theodore Millón. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patrones clínicos de personalidad, Eje I, 10 en total: (1) Esquizoide, (2) Evitativa, (3) Dependiente, (4) Histriónica, (5) Narcisista, (6A) Antisocial, (6B) Agresivo/sádica, (7) Compulsiva, (8A) Pasivo/agresiva y (8B) Autodestructiva. ○ Características de cada patrón clínico de personalidad ○ Enfermedades asociadas con los
<p>Materiales: Computadora, Proyector, Electrónico (diapositivas).</p>			
<p>Tiempo: 1 hora</p>	<p>Ejecutores: Luis Guano/Edison Pinduisaca</p>		

			o patrones clínicos de personalidad.
--	--	--	--------------------------------------

Actividad Final

Tema:		Objetivo:	Descripción:
TIPOS DE PERSONALIDAD QUE COADYUVAN A ENFERMEDADES PSICOSOMÁTICAS.			
Actividades para finalizar el taller:			
<ul style="list-style-type: none"> - Conclusiones y recomendaciones. - Invitación para el cuarto taller. - Refrigerio. 			
Materiales: Micrófono, Parlantes, refrigerio.			
Tiempo: 20 Minutos	Ejecutores: Luis Guano/Edison Pinduisaca	Desarrollar talleres psicoeducativos para sensibilizar la influencia de la personalidad en la Hipertensión Arterial Esencial.	<ul style="list-style-type: none"> - Palabras finales a cargo del expositor (conclusiones y recomendaciones.) - Palabras finales a cargo de coordinador de la asociación de ADHAP. -Invitación al Cuarto taller psicoeducativo.

ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS E HIPERTENSOS DE PASTAZA

TALLER DE PSICOEDUCACIÓN HIPERTENSIÓN-PERSONALIDAD

PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DEL TALLER

Numero Taller:	4	Institución:	ADHAP
Fecha:	Martes, 24 de Junio, 2014	Coordinación:	Ing. Wilson Hidalgo. Coordinador General.
Ejecutores:	Edison Pinduisaca/Luis Guano	Duración:	1 hora, 45 minutos
Ciudad:	Puyo	Beneficiarios:	Socios/Pacientes y Familias

Tema del Taller: Tratamiento psicoterapéutico de los patrones clínicos de personalidad.

Objetivo general del taller: Desarrollar talleres psicoeducativos para sensibilizar la influencia de la personalidad en la Hipertensión Arterial Esencial.

Actividad Inicial

Tema: TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO DE LOS PATRONES CLÍNICOS DE PERSONALIDAD.	Objetivo: Desarrollar talleres psicoeducativos para sensibilizar	Descripción: - Palabras a cargo de coordinador de la asociación de ADHAP.
-------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------

<p>Actividades para inicio del taller:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presentación de los talleres por las autoridades de la asociación. - Dinámica cooperativas: “Se me sube la bilirrubina”; “La gallina ciega”. 	<p>la influencia de la personalidad en la Hipertensión Arterial Esencial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bienvenida a los socios/pacientes y familias. - Para la realización de las dinámicas cooperativas se les da la consigna de formar un círculo con sus sillas para trabajar.
<p>Materiales: Sillas, micrófono, parlantes, esferográfico.</p>		
<p>Tiempo: 25 Minutos Ejecutores: Luis Guano/Edison Pinduisaca</p>		

Actividad Intermedia

<p>Tema:</p> <p>TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO DE LOS PATRONES CLÍNICOS DE PERSONALIDAD.</p>	<p>Objetivo:</p> <p>Desarrollar talleres psicoeducativos para sensibilizar la influencia de la personalidad en la</p>	<p>Descripción:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Palabras a cargo de un expositor y presentación del tema. - Ejecución del taller (Contenido). <p>Contenido:</p>
<p>Actividades para intermedio del taller:</p>		

<ul style="list-style-type: none"> - Inicio del desarrollo del taller psicoeducativo a cargo de un expositor. - Ejecución del taller (Contenido). 		<p>Hipertensión Arterial Esencial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación de los resultados de los patrones clínicos de personalidad tomados por el test multiaxial clínico de Theodore Millon. • Tratamiento para contribuir al mejoramiento de la personalidad. <ul style="list-style-type: none"> ○ Presentación de técnicas de relajación: <ul style="list-style-type: none"> ▪ la respiración diafragmática (ejecución) ▪ técnica de relajación de Arnold Lazarus (ejecución) ○ psicoterapéutico <ul style="list-style-type: none"> ▪ terapia cognitiva-conductual <ul style="list-style-type: none"> • Técnicas para cambiar las creencias irracionales por creencias racionales • Intervención cognitivo-conductual en los problemas emocionales. • El proceso terapéutico. ▪ Terapia de grupo. ▪ Terapia familiar.
<p>Materiales: Computadora, Proyector, Electrónico (diapositivas).</p>			
<p>Tiempo: 1 hora</p>	<p>Ejecutores: Luis Guano/Edison Pinduisaca</p>		

			<ul style="list-style-type: none"> • Video “ La psicología clínica y el importancia en la salud mental”.
--	--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Actividad Final

Tema:		Objetivo:	Descripción:
TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO DE LOS PATRONES CLÍNICOS DE PERSONALIDAD.			
Actividades para finalizar el taller:			
<ul style="list-style-type: none"> - Conclusiones y recomendaciones. - Invitación para el quinto taller. - Refrigerio. 			
Materiales: Micrófono, Parlantes, refrigerio.			
Tiempo: 20 Minutos	Ejecutores: Luis Guano/Edison Pinduisaca	Desarrollar talleres psicoeducativos para sensibilizar la influencia de la personalidad en la Hipertensión Arterial Esencial.	<ul style="list-style-type: none"> - Palabras finales a cargo del expositor (conclusiones y recomendaciones.) - Palabras finales a cargo de coordinador de la asociación de ADHAP. -Invitación al Quinto taller psicoeducativo.

ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS E HIPERTENSOS DE PASTAZA

TALLER DE PSICOEDUCACIÓN HIPERTENSIÓN-PERSONALIDAD

PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DEL TALLER

Numero Taller:	5	Institución:	ADHAP
Fecha:	Martes, 15 de Julio, 2014	Coordinación:	Ing. Wilson Hidalgo. Coordinador General.
Ejecutores:	Edison Pinduisaca/Luis Guano	Duración:	1 hora, 45 minutos
Ciudad:	Puyo	Beneficiarios:	Socios/Pacientes y Familias

Tema del Taller: Psicoeducación dinámica familiar

Objetivo general del taller: Desarrollar talleres psicoeducativos para sensibilizar la influencia de la personalidad en la Hipertensión Arterial Esencial.

Actividad Inicial

Tema: PSICOEDUCACIÓN DINÁMICA FAMILIAR	Objetivo: Desarrollar talleres psicoeducativos para sensibilizar	Descripción: - Palabras a cargo de coordinador de la asociación de ADHAP.
------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------

Actividades para inicio del taller: <ul style="list-style-type: none"> - Presentación de los talleres por las autoridades de la asociación. - Dinámica cooperativas: “Los países”; “Pato Francés”. 		la influencia de la personalidad en la Hipertensión Arterial Esencial.	<ul style="list-style-type: none"> - Bienvenida a los socios/pacientes y familias. - Para la realización de las dinámicas cooperativas se les da la consigna de formar un círculo con sus sillas para trabajar.
Materiales: Sillas, micrófono, parlantes, esferográfico.			
Tiempo: 25 Minutos	Ejecutores: Luis Guano/Edison Pinduisaca		

Actividad Intermedia

Tema: PSICOEDUCACIÓN DINÁMICA FAMILIAR	Objetivo: Desarrollar talleres psicoeducativos para sensibilizar la influencia de la personalidad en la Hipertensión Arterial Esencial.	Descripción: <ul style="list-style-type: none"> - Palabras a cargo de un expositor y presentación del tema. - Ejecución del taller (Contenido). CONTENIDO:
Actividades para intermedio del taller: <ul style="list-style-type: none"> - Inicio del desarrollo del taller psicoeducativo a cargo de 		

<p>un expositor.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ejecución del taller (Contenido). - Entrega de los trípticos a los presentes. 			<ul style="list-style-type: none"> • Definición de familia • Tipos de familias. • Definición de dinámica familiar • La familia como ayuda psicoterapéutica <ul style="list-style-type: none"> ○ Funciones y necesidades de las familias • Síntesis del proyecto de investigación. • la psicoeducación como estrategia para mejorar el apoyo familiar percibido del paciente con hipertensión arterial esencial y trastorno de la personalidad <ul style="list-style-type: none"> ○ Relación entre los
<p>Materiales: Computadora, Proyector, Electrónico (diapositivas).</p>			
<p>Tiempo: 1 hora</p>	<p>Ejecutores: Luis Guano/Edison Pinduisaca</p>		

			<p>pacientes y familia</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Apoyo familiar percibido ○ Tratamiento familiar
--	--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Actividad Final

Tema:	Objetivo:	Descripción:
PSICOEDUCACIÓN DINÁMICA FAMILIAR		
Actividades para finalizar el taller: <ul style="list-style-type: none"> - Conclusiones y recomendaciones. - Cierre de los talleres. - Refrigerio. 		
Materiales: Micrófono, Parlantes, refrigerio.		
Tiempo: 20 Minutos	Desarrollar talleres psicoeducativos para sensibilizar la influencia de la personalidad en la Hipertensión Arterial Esencial.	<ul style="list-style-type: none"> - Palabras finales a cargo del expositor (conclusiones y recomendaciones.) - Palabras finales a cargo de coordinador de la asociación de ADHAP. - Cierre de los talleres a cargo de la presidenta de la asociación.
Ejecutores: Luis Guano/Edison Pinduisaca		

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Arquetipo: es el patrón ejemplar del cual otros objetos, ideas o conceptos se derivan. En la filosofía de Platón se expresan las formas sustanciales (ejemplares eternos y perfectos) de las cosas que existen eternamente en el pensamiento divino. También puede entenderse como una estructura funcional que subyace a la conducta de un individuo, grupo o sociedad en su conjunto, estableciendo una serie de automatismos a los que se responde de forma espontánea.

Autorregulación: Regulación de uno mismo.

Carácter: Conjunto de rasgos, cualidades o circunstancias que indican la naturaleza propia de una cosa o la manera de pensar y actuar de una persona o una colectividad, y por los que se distingue de las demás.

Cardiovascular: Del corazón y los vasos sanguíneos o relacionado con ellos.

Comportamiento: Manera de funcionar una cosa en una situación determinada o de comportarse una persona. Es la manera de conducirse, portarse. Se trata de la forma de proceder de las personas u organismos frente a los estímulos y en relación con el entorno.

Confrontación: Acción de poner una cosa frente a otra para averiguar la verdad o falsedad de ambas.

Crónico: Se refiere a algo que continúa durante un período de tiempo prolongado. Una enfermedad crónica generalmente dura mucho tiempo y no desaparece en forma rápida o fácil.

Dimensión: dimensión, del latín dimensio, es un aspecto o una faceta de algo. El concepto tiene diversos usos de acuerdo al contexto. Puede tratarse de una característica, una circunstancia o una fase de una cosa o de un asunto.

Dilataciones: origen etimológico de la palabra dilatación se encuentra en el latín, más concretamente en “dilatio”, que puede traducirse como “extenderse en varias direcciones”. Esta palabra se compone de las siguientes partes: el prefijo “dis-“, que es equivalente a “separación múltiple”; “lat” que significa “llevar” y el sufijo “-ción”, que se usa para indicar “acción y efecto”.

Distractibilidad: Estado mental en el que la atención no se mantiene fija en un tema determinado, sino que oscila o se desvía.

Emociones: reacciones psicofisiológicas que representan modos de adaptación a ciertos estímulos del hombre cuando ve algo o una persona importante para ellos.

Etiopatogenia: La Etiopatogenia, de formación etimológica " + +" es el origen o causa del desarrollo de una patología. El término Etiopatogénesis hace referencia a las causas y mecanismos de cómo se produce una enfermedad concreta.

Fragmento: Se entiende por fragmento a toda aquella parte que compone un elemento superior y que fue voluntaria o involuntariamente separada del resto por determinada razón. Normalmente, el término fragmento se utiliza para señalar partes o porciones de una obra escrita, para retratar una parte de una obra pictórica, musical, etc. Al mismo tiempo, un fragmento puede ser un documento arqueológico encontrado perteneciente a un elemento más complejo o más grande del cual sólo se conserva esa porción particular.

Homeostasis: es una propiedad de los organismos vivos que consiste en su capacidad de mantener una condición interna estable compensando los cambios en su entorno mediante el intercambio regulado de materia y energía con el exterior (metabolismo). Se trata de una forma de equilibrio dinámico que se hace posible gracias a una red de sistemas de control realimentados que constituyen los mecanismos de autorregulación de los seres vivos.

Intrínseco: Que es propio o característico de la cosa que se expresa por sí misma y no depende de las circunstancias.

Infarto: Obstrucción de los tejidos que forman un órgano, o una parte de él, debido a la interrupción del riego sanguíneo de la arteria o las arterias correspondientes; conduce a la muerte o necrosis de los tejidos.

Instinto: Conducta innata e inconsciente que se transmite genéticamente entre los seres vivos de la misma especie y que les hace responder de una misma forma ante determinados estímulos.

Integración: La palabra integración tiene su origen en el concepto latino integratio. Se trata de la acción y efecto de integrar o integrarse (constituir un todo, completar un todo con las partes que faltaban o hacer que alguien o algo pase a formar parte de un todo).

Intelecto: Lo primero que hay que hacer es dejar patente que intelecto es una palabra que tiene su origen etimológico en el latín. En concreto, procede de “intellectus” y es fruto de la unión de dos componentes de dicha lengua: el prefijo “inter-“, que es sinónimo de “entre”, y el vocablo “lectus”, que puede traducirse como “escogido”.

Impersonal: La palabra impersonal hace referencia a la ausencia de características propias de la persona física, o se utiliza también cuando hablamos de alguien en abstracto, sin aludir a un individuo en particular.

Metabólico: es el conjunto de reacciones bioquímicas y procesos físico-químicos que ocurren en una célula y en el organismo.¹ Estos complejos procesos interrelacionados son la base de la vida, a escala molecular, y permiten las diversas actividades de las células: crecer, reproducirse, mantener sus estructuras, responder a estímulos, etc.

Metapsicológico: En el sentido lato, designa la forma en que Sigmund Freud aislaba los aspectos teóricos centrales de su teoría psicoanalítica, distinguiéndolos de las definiciones de la psiquiatría clásica de la época, a través del

establecimiento de su concepción innovadora acerca de la existencia de una causalidad psíquica con base en el inconsciente.

Percepción: la noción de percepción deriva del término latino perceptio y describe tanto a la acción como a la consecuencia de percibir (es decir, de tener la capacidad para recibir mediante los sentidos las imágenes, impresiones o sensaciones externas, o comprender y conocer algo).

Perturbación: La palabra perturbación, con origen en el latín perturbatio, describe al acto y consecuencia de perturbar o terminar perturbado. Se trata de un verbo que refiere al hecho de modificar y alterar el orden o la quietud de una cosa o ser.

Psicoanalítico: Del psicoanálisis o relacionado con él.

Patología: la rama de la medicina que se enfoca en las enfermedades del ser humano y, el otro, como el grupo de **síntomas** asociadas a una determinada dolencia.

Signo: Objeto, fenómeno o hecho que, por una relación natural o convencional, representa o evoca otro objeto, fenómeno o hecho.

Síndrome: Conjunto de síntomas que se presentan juntos y son característicos de una enfermedad o de un cuadro patológico determinado provocado, en ocasiones, por la concurrencia de más de una enfermedad.

Síntoma: El síntoma es un aviso útil de que la salud puede estar amenazada sea por algo psíquico, físico, social o combinación de las mismas.

Sobreprotección: La protección es un cuidado preventivo ante un eventual riesgo o problema. La Sobreprotección es definida por el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, como una reiteración de protección; con dominio o superioridad.

Substancia: Cosa con que otra se aumenta y nutre. Jugo de ciertas materias alimenticias. Ser esencia naturaleza de las cosas. Haciendo caudal bienes. Valor estimación importancia de las cosas. Parte nutritiva de los alimentos. fig Juicio seco madurez .

Temperamento: Carácter o manera de ser de una persona.

Trastorno: Alteración en el funcionamiento de un organismo o de una parte de él o en el equilibrio psíquico o mental de una persona.

2.4.HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.4.1. HIPÓTESIS

El patrón clínico de personalidad evitativo influye en el desarrollo de la hipertensión arterial esencial en los pacientes de la Asociación de Diabéticos e Hipertensos en Pastaza.

2.4.2 VARIABLES

Variable independiente (causa):

Personalidad

Variable dependiente (efecto):

Hipertensión Arterial Esencial

2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIONES CONCEPTUALES	CATEGORÍAS	INDICADORES	TÉCNICA E INSTRUMENTO
VARIABLE INDEPENDIENTE Personalidad	Patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar, y se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo. (Millon T. , 1974)	Patrón complejo de características psicológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Patrones clínicos de personalidad. • Síndromes clínicos. 	- Reactivos psicológicos: <ul style="list-style-type: none"> • Test multiaxial de personalidad (Teodoro Millón).
VARIABLE DEPENDIENTE Hipertensión Arterial esencial.	Trastorno cardiovascular que se define como una tensión sistólica igual o superior a 140 mm Hg y una tensión diastólica igual o superior a 90 mm Hg. (O.M.S., 2013).	Trastornos cardiovasculares	<ul style="list-style-type: none"> • Presión alta • Llanto fácil • Ansiedad. • Estado de ánimo bajo • Cefalea • Náuseas o vómitos, • Confusión, • Cambios en la visión • Sangrado nasal 	Observación Clínica Historia clínica Médica

CAPÍTULO III
MARCO
METODOLÓGICO

3.1. MÉTODO

En esta sección se exponen de forma precisa el tipo de datos que se requiere indagar para el logro de los objetivos de la investigación, así como la descripción de los distintos métodos y las técnicas que posibilitarán obtener la información necesaria. Así mismo se detallan minuciosamente cada uno de los aspectos relacionados con la metodología que se ha seleccionado para desarrollar la investigación.

Los métodos utilizados fueron:

3.1.1. ANALÍTICO-SINTÉTICO

El método analítico sintético nos permitió en esta investigación, efectuar un proceso de razonamiento, determinado en el liderazgo de las personas que presentan actualmente un ministerio, para así ir destacando la influencia de la personalidad. Se realizó en consecuencia una exploración metódica y breve, sobre la personalidad como factores de influencia en los líderes cristianos.

Este método nos ayudó a ampliar nuestro conocimiento sobre el problema existe y así llegar a mencionar objetivamente que existe una relación entre la personalidad y el liderazgo cristiano. En la Asociación de Diabéticos e Hipertensos de Pastaza, se efectuó la investigación de la influencia de la personalidad en la patología, donde se fundamentó en el marco teórico e información de investigaciones relacionadas con problemas cardiovasculares. La importancia de este método nos llevó a un análisis más profundo sobre la problemática existente de la patología en la sociedad.

3.1.2. CLÍNICO

La “herramienta psicológica” de la que hablamos en esta investigación tiene mucha importancia ya que a través de éste método se procedió a determinar la identificación de síntomas de influencia de los patrones clínicos de la personalidad y, así mismo su correlación con la hipertensión arterial esencial en la influencia

con la patología. Lo que ayudo de una forma más específica a determinar y seguir el desarrollo de la investigación.

3.1.3. PSICOMÉTRICO

La Psicometría es una disciplina científica encuadrada dentro del marco de la Metodología de las Ciencias del Comportamiento y directamente relacionada con el campo de la medición psicológica. A un nivel práctico, la psicometría hace uso intensivo sobre todo de cálculos y análisis estadísticos para extraer información útil a partir de la administración repetida de un mismo test a un grupo amplio de personas (GestioPolis, 2014).

Este método nos ayudó a medir los aspectos psicológicos (conducta humana) de las personas investigadas, especialmente sus patrones clínicos de la personalidad. La aplicación de test multiaxial de personalidad de Theodore Millon, nos fundamentó información valiosa para de una forma cuantitativa tener buenos resultados para nuestra investigación de como la personalidad influye en la hipertensión arterial esencial.

3.2. TIPO DE INVESTIGACION:

La Investigación es descriptiva, también conocida como la investigación estadística, describen los datos y este debe tener un impacto en las vidas de la gente que le rodea. En éste estudio se busca conocer la incidencia de la personalidad sobre la hipertensión arterial esencial, mediante el análisis estadístico se determinará qué hacer para prevenir esta enfermedad, por lo tanto, más personas vivirán una vida sana. Su aplicación no se limita a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables.

En el desarrollo de la investigación se determinó ciertas características que tiene la personalidad como factor influyente en el desarrollo de la hipertensión arterial esencial, con el fin de mejorar, o saber que pueden ayudar a llevar un control

adecuado en el desarrollo del trastorno. Donde se identificó los patrones clínicos de personalidad, y la relación existente con la hipertensión arterial esencial. Llevándonos así a desarrollar talleres psicoeducativos, para la persona involucrada directamente por la patología así como a la familia y comunidad. Basándonos en la teoría de personalidad de Theodore Millon e investigación que relaciona la personalidad con trastornos cardiovasculares. Se destacó la respectiva cuantificación de los resultados obtenidos para establecer el diagnóstico y la importancia de la investigación con la conclusión de comprobación de hipótesis. Llevando a profundizarnos en la problematización y sintetizar la importancia investigativa.

3.3. DISEÑO DE LA INVESTIGACION:

La investigación es de campo porque se trabajó directamente con la población (fuente) para la recolección de los datos estadísticos e información relevante con respecto a los patrones clínicos de personalidad en la hipertensión arterial esencial. Además nos permitió conocer con mayor claridad los síntomas para poder realizar un buen análisis.

Se utilizó la investigación documental, porque se utilizó documentos de importancia, que presentan información y resultados coherentes con la investigación. Donde nos permitió llegar a un procedimiento más lógico en toda la investigación (análisis, síntesis, deducción e inducción). Esta investigación se realizó en forma ordenada y con objetivos precisos, con la finalidad de ser base para la construcción de conocimientos sobre la hipertensión esencial y tipos de personalidades.

3.4. TIPO DE ESTUDIO

Transversal.- En un tiempo determinado entre marzo y agosto del 2014.

3.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.5.1. POBLACIÓN

El estudio de investigación, se realizó en la Asociación de Diabéticos e Hipertenso de Pastaza del Cantón Puyo de la provincia de Pastaza. Cuyo número de socios alcanza los 20 pacientes. La edad de los pacientes a investigar es, desde los 35 a 65 años de edad.

3.5.2. MUESTRA

Se ha considerado como muestra a 20 pacientes, 15 mujeres y 5 hombres. Tomando en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Inclusión

- Edad comprendida entre 35 a 65 años
- Diagnóstico médico hipertensión arterial esencial.
- Presión arterial alta mayor a 90/140 mmGh

Exclusión.

- Personas mayores a 80 años de edad.
- Enfermedad orgánica como: Diabetes, Problemas renales, Obesidad.
- Descartar causa orgánica: Problemas de las glándulas tiroides, etc.

3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Las técnicas de recolección de datos, son las distintas formas o maneras de obtener la información. Son ejemplos de técnicas; la observación directa, las encuestas, en sus dos modalidades (entrevista o cuestionario), el análisis

documental, análisis de contenido, etc. En esta parte se presenta las técnicas e instrumentos, que se utilizó en la investigación.

3.6.1. TÉCNICAS

3.6.1.1. OBSERVACIÓN CLÍNICA.

La observación clínica constituye un instrumento profesional e intencionado, voluntario, estructurado y sistemático, que permitió describir, analizar, interpretar los comportamientos de los pacientes de la Asociación de Diabéticos e Hipertensos de Pastaza.

3.6.1.2. REACTIVO PSICOLÓGICO.

Es un instrumento de tipo experimental que se utilizó para medir o evaluar una característica psicológica específica o aquellos rasgos esenciales y generales que marcan y distinguen la personalidad de una persona aplicando en la Asociación de Diabéticos e hipertensos en Pastaza.

3.6.2. INSTRUMENTOS

3.6.2.1. EL INVENTARIO CLÍNICO MULTIAXIAL DE THEODORE MILLON (MCMI- II)

El Millon Clinical Multiaxial Inventory, MCMI, fue publicado en 1977 y es reconocido desde esa época como una prestigiosa técnica de evaluación en Psicología Clínica y Psicopatología construida dentro de un contexto teórico y de investigación especialmente relevante. El MCMI II, que incluía tales cambios e incorporaciones, fue publicado en 1987. La motivación que llevó a la introducción de modificaciones fue que la teoría taxonómica del MCMI- I había

sufrido una serie de desarrollos que aumentaron el número de prototipos de personalidad, así como el carácter de los distintos trastornos de personalidad establecidos. Es de esta manera que se añadieron dos nuevas escalas de trastornos de personalidad a las once que constituían el segmento de personalidad del MCMI- I. También se modificaron los procedimientos para corregir los efectos de distorsión, lo que supone la adición de tres modificadores de perfil. Cada una de las 22 escalas clínicas se construyó como una medida operacional de un síndrome derivado de una teoría de la personalidad y la psicopatología. Por lo tanto, las escalas y los perfiles del MCMI- II miden variables directas y cuantificables derivadas de la teoría; puesto que estas variables están ancladas en una teoría amplia y sistemática permiten diagnósticos específicos y dinámicas clínicas de los pacientes, así como hipótesis comprobables sobre la historia social y el comportamiento habitual (Solís Manrique, 2007).

La principal utilidad del MCMI- II es proporcionar información a los clínicos en tareas de evaluación y tratamiento de personas con dificultades emocionales e interpersonales permitiendo identificar qué grupo de pacientes son los que necesitan una evaluación más intensa o atención profesional más minuciosa. Los puntos de corte individuales para cada escala del MCMI- II pueden usarse para tomar decisiones sobre trastornos comportamentales primarios o síndromes clínicos. De igual manera, los niveles de puntuación de los grupos de escalas pueden ofrecer motivos para enjuiciar el deterioro, la gravedad y cronicidad de la patología. Una interpretación más extensa y dinámica de las relaciones entre sintomatología, conducta imitativa, estilo interpersonal y estructura de la personalidad puede derivarse del examen de los patrones que configuran las 22 escalas clínicas del MCMI- II (Solís Manrique, 2007).

El MCMI se considera un instrumento psicodinámico objetivo ya que está compuesto y se administra de forma estandarizada, pero se interpreta a partir del examen de la interacción entre las puntuaciones de las escalas y de la extracción de relaciones clínicamente establecidas entre los procesos cognitivos, el comportamiento interpersonal y las fuerzas intrapsíquicas. Este es un inventario de personalidad que consta de 175 afirmaciones a las que el evaluado debe

contestar con verdadero o falso y que pueden ser respondidas en aproximadamente 30 minutos. El modelo estructural bajo el que fue elaborado es el de ítems politéticos, es decir un mismo ítem puede otorgar puntajes a diferentes escalas. Este instrumento está dirigido a personas con más de 17 años con buena capacidad lectora y un nivel de educación equivalente a 8 años de escolarización (Millon T. , 1999)

Este instrumento está basado en la teoría multiaxial de la personalidad y psicopatología de Millon. Provee una medida de 13 tipos de personalidad patológicas y 9 síndromes clínicos para adultos que están recibiendo una valoración psicológica, psiquiátrica o algún tratamiento (Millon T. , 1999)

Estas 22 escalas clínicas están divididas en 4 grandes grupos:

- Patrones clínicos de personalidad, Eje I, 10 en total: (1) Esquizoide, (2) Evitativa, (3) Dependiente, (4) Histriónica, (5) Narcisista, (6A) Antisocial, (6B) Agresivo/sádica, (7) Compulsiva, (8A) Pasivo/agresiva y (8B) Autodestructiva.
- Patología severa de personalidad, 3 en total: (S) Esquizotípica, (C) Límite y (P) Paranoide.
- Síndromes clínicos, Eje II, 6 en total: (A) Ansiedad, (H) Histeriforme, (N) Hipomanía, (D) Distimia, (B) Abuso de alcohol y (T) Abuso de drogas.
- Síndromes Clínicos severo, 3 en total: (SS) Pensamiento psicótico, (CC) Depresión mayor y (PP) Trastorno delirante.

El Inventario Clínico Multiaxial de Millon II es usado en el campo clínico en individuos que requieren servicios de salud mental por dificultades emocionales, sociales o interpersonales y está específicamente diseñado para evaluar los desórdenes del Eje I y II del DSM IV (Millon T. , 1999).

Adicionalmente cuenta con confiabilidad de consistencia interna con índices bastantes aceptables que van desde .67 hasta .94. Las escalas que gozan de mejor

fiabilidad son la “8B”, “C”, “D” y “CC”. Los coeficientes obtenidos en las escalas “1”, “4”, y “7” son más bajos pero todavía satisfactorios. Este inventario tiene además 4 escalas de validez que incluyen: (a) V: Validez, (b) X: Sinceridad, (c) Y: Deseabilidad Social, (d) Z: Autodescalificación (Millon T. , 1999).

Para la corrección del instrumento se deben omitir los protocolos con más de 11 ítems no contestados; de igual manera, si la puntuación directa en la escala de Validez es mayor a 1, el informe no sería válido. Si el puntaje es igual a 1 se puede continuar corrigiendo, aunque la validez sería cuestionable; lo ideal es contar con protocolos con puntajes igual a 0 en la escala de validez. Las puntuaciones directas de las demás escalas del MCMI – II se transforman en puntuaciones de tasa base (TB). Las TB nos permiten clasificar los diagnósticos de los pacientes evaluados en: Leves (puntajes menores o iguales a 74), Moderados (puntajes mayores o iguales 75 y menores o iguales a 84) y Severos (puntajes mayores o iguales a 85) (Millon T. , 1999).

3.6.2.1.1. DESCRIPCIÓN DE CADA ESCALA DEL MCMI-II

Inventario clínico Multiaxial de Millon-II, establece una investigación fundamental para psicopatología moderna (Millon T. , 1999). Determinando los siguientes componentes que encontramos en el test:

3.6.2.1.2. PATRONES CLÍNICOS DE PERSONALIDAD

Escala 1: Esquizoide, Orientación pasiva-retraída. Carencia de deseo incapacidad para experimentar en profundidad placer o dolor. Tienden a ser apáticos, indiferentes, distantes y asociales. Las necesidades afectivas y los sentimientos emocionales son mínimos y el individuo funciona como un observador pasivo ajeno a las gratificaciones y afectos de las relaciones sociales, así como a sus demandas.

Escala 2: Fóbica (evitativa), Orientación Activa-retraída. Experimentan pocos refuerzos positivos, tanto de sí mismos como de los otros, son vigilantes, permanentemente en guardia y se distancias siempre de la anticipación ansiosa de los aspectos dolosos de la vida o el reforzamiento de experiencias negativas. Sus estrategias adaptativas reflejan el temor y la desconfianza de los demás. Mantiene

una actitud de vigilancia constantes por miedo a sus impulsos y el anhelo de afecto provoca una repetición del dolor y la agonía que anteriormente habían experimentado con otros. A pesar de los deseos de relación han aprendido que es mejor negar estos sentimientos y guardar en buena medida la distancia interpersonal.

Escala 3: Dependiente (sumisa). Orientación pasivo-dependiente. Han aprendido no solamente a volverse hacia otros como fuente de protección y seguridad, sino que esperan pasivamente que su liderazgo les proteja. Se caracterizan por una búsqueda de relaciones en la se puedan apoyar en otros para conseguir afecto, seguridad y consejo. La carencia de esta personalidad tanto de iniciativa como de autonomía es frecuentemente una consecuencia de la sobre/protección parental. Han aprendido la comodidad de adoptar un papel pasivo en las relaciones interpersonales, sometiéndose a los deseos de otros a fin de mantener su afecto.

Escala 4: Histriónica: Orientación activa-dependiente. Se vuelven a otros mediante una superficial y emprendedora manipulación de sucesos de tal manera que aumentan al máximo la cantidad de atención y favores que reciben así como también evitan el desinterés o la desaprobación de los demás. Muestran una búsqueda de estimulación y afecto insaciable, e incluso indiscriminada. Sus comportamientos sociales les dan la apariencia de autoconfianza y serenidad. Sin embargo, bajo esta apariencia se encuentra una autoconfianza engañosa y afecto deben ser constantemente renovados y los buscan encada fuente interpersonal y en cada contexto social.

Escala 5: Narcisista. Orientación pasivo-independiente. Se hacen notar por sus actitudes egoístas, experimentando placer simplemente por permanecer pasivos o centrados en sí mismos. Sobreestiman su propio valor, presumen de que los demás reconocerán sus particularidades. Mantienen un aire de autoconfianza arrogante; explotan a los demás aún sin intención o propósitos conscientes. Confianza en que las cosas saldrán bien lo cual les proporciona pocos incentivos para comprometerse.

Escala 6 A: Antisocial, Orientación activa-independiente. Actúan para contrarrestar las expectativas de dolor y depreciación de otros; esto se hace

mediante comportamientos ilegales dirigidos a manipular el entorno a favor de uno mismo. Deseo de autonomía, venganza y recompensa ya que sienten haber sido maltratados en el pasado. Son irresponsables e impulsivos.

Escala 6 B: Agresivo-sádica. Orientación activo-discordante. Son hostiles acentuadamente belicosos y aparecen indiferentes o incluso muestran agrado por las consecuencias destructivas de sus comportamientos que pueden ser abusivos y brutales. Muestran conductas dominantes, antagónicas y con frecuencia persecutorias.

Escala 7: Compulsiva. Orientación pasiva-ambivalente. Han sido amedrentados y forzados a aceptar las condiciones que les imponen los demás. Su conducta prudente, controlada y perfeccionista deriva de un conflicto entre la hostilidad hacia los demás y el temor a la desaprobación social. Resuelven esta ambivalencia no sólo suprimiendo el resentimiento sino también sobreaceptándose y estableciendo elevadas exigencias sobre sí mismos y los demás. Autorrestricciones disciplinarias derivan de una pasividad manifiesta y pareciendo socialmente condescendientes. A esto subyace un enfado intenso y sentimientos opositoristas que ocasionalmente emergen si fallan los controles.

Escala 8 A: Pasivo-agresiva. Orientación activa-ambivalente. Pugnan entre seguir los esfuerzos ofrecidos por los demás y los deseados por sí mismos. Los conflictos permanecen cerca de la conciencia e invaden la vida cotidiana. Se meten en discusiones y riñas interminables ya que vacilan entre la deferencia y la obediencia y el desafío y negativismo agresivo. Su comportamiento muestra un patrón de terquedad o enfado explosivo entremezclado con periodos de culpabilidad y vergüenza.

Escala 8 B: Autodestructiva (masoquista). Orientación pasivo/discordante. Se relaciona con los demás de una manera autosacrificada, permiten y pueden fomentar que los demás les exploten o se aprovechen de ellos. Afirman que merecen ser avergonzados y humillados. Para integrar su dolor y su angustia estados que experimentan como reconfortantes, recuerdan activa y repetidamente resultados potencialmente más problemáticos. Actúan de manera modesta e

intentan pasar desapercibidos, intensifican su déficit y se sitúan en un plano inferior o posición despreciable.

3.6.2.1.3. PATOLOGÍA SEVERA DE LA PERSONALIDAD:

Escala S: Esquizotípica. Prefieren el aislamiento social con mismas obligaciones y apegos personales. Inclinados a ser casi autistas o cognitivamente confusos, piensan de forma tangencial y con frecuencia aparecen ensimismados y reflexivos. Las excentricidades del comportamiento son notables y son percibidos como extraños y diferentes. Dependiendo de si son activos o pasivos muestran una cautela ansiosa e hipersensible o de un desconcierto emocional y falta de afecto.

Escala C: Limite (Bordeline). Experimentan intensos estados de ánimo endógenos, con periodos recurrentes de abatimiento y apatía, entremezclados con periodos de enfado, inquietud o euforia. Inestabilidad y labilidad de su estado de ánimo. Muchos dan a conocer pensamientos recurrentes de suicidio y automutilación, para mantener un claro sentimiento de identidad y muestran una evidente ambivalencia cognitivo-afectiva con sentimientos simultáneos de rabia, amor y culpabilidad hacia los otros.

Escala P: Paranoide. Muestran desconfianza vigilante respecto de los demás y una áspera irritabilidad y una tendencia a la exasperación precipitada y colérica con los demás. Frecuentemente expresan un temor a la pérdida de independencia lo que los conduce a resistirse al control y a las influencias externas. Hay inmutabilidad de sus sentimientos y rigidez de sus pensamientos.

3.6.2.1.4. SÍNDROMES CLÍNICOS:

Escala A: Ansiedad: Informan de sentimientos aprensivos o específicamente fóbicos, son tensos, indecisos e inquietos y tienen a quejarse de una variedad de malestares físicos, como tensión, excesiva sudoración, dolores musculares indefinidos, náuseas. Muestran estado generalizado de tensión manifestado por una incapacidad de relajación, movimientos nerviosos y rapidez para reaccionar y sorprenderse fácilmente. Se muestran notablemente excitados y tienen un sentido

aprensivo de la inminencia de problemas, una hipersensibilidad a cualquier ambiente, inquietud y susceptibilidad generalizada.

Escala H: Histeriforme (tipo somatoforme). Dificultades psicológicas expresadas a través de canales somáticos, períodos persistentes de agotamiento y abatimiento preocupación por la pérdida de la salud y una variedad dramática de dolores en regiones diferentes. Normalmente las quejas somáticas pretenden llamar la atención.

Escala D: neurosis depresiva (Distimia) alegría superficial, elevada. Las puntuaciones altas implican aunque no parezcan en la vida cotidiana del paciente se ha visto afectado por un periodo de dos o más años con sentimientos de desánimo o culpabilidad, una carencia de iniciativa y apatía en el comportamiento, baja autoestima y con frecuencia expresiones de inutilidad y comentarios autodesvalorativos. Durante los periodos de depresión, puede haber llantos, ideas suicidas, sentimientos pesimistas hacia el futuro, alejamiento social, apetito escaso o excesivas ganas de comer, agotamiento crónico, pobre concentración, pérdida marcada de interés por actividades lúdicas y una disminución de la eficacia en cumplir tareas ordinarias y rutinarias de la vida.

Escala B: Abuso de alcohol: Las puntuaciones altas probablemente indican una historia de alcoholismo, con esfuerzo por superarlo pero con mínimo éxito y como consecuencia experimenta un malestar considerable tanto en la familia como en el entorno laboral.

Escala T: Abuso de drogas: Tienden a tener dificultad a reprimir los impulsos o mantenerlos dentro de límites sociales convencionales y muestran una incapacidad para manejar las consecuencias personales de estos comportamientos.

3.6.2.1.5. SÍNDROMES CLÍNICOS SEVEROS:

Escala SS: Pensamiento sicótico. Se clasifican como esquizofrénicos, psicosis reactiva breve o esquizofreniformes dependiendo de la extensión y curso del problema. Pueden mostrar periódicamente un comportamiento incongruente, desorganizado o regresivo, apareciendo con frecuencia confusos y desorientados y

ocasionalmente mostrando efectos inapropiados, alucinaciones dispersas y delirios no sistemáticos. El pensamiento puede ser fragmentado o extraño. Los sentimientos pueden embotarse y existir una sensación profunda de estas aislados e incomprensidos por los demás. Pueden ser retraídos y estar apartados o mostrarse con un comportamiento vigilante.

Escala CC: Depresión mayor. Habitualmente incapaces de funcionar en un ambiente normal se deprimen gravemente y expresan temor hacia el futuro, ideas suicidas y un sentimiento de resignación. Marcado enlentecimiento motor, otros muestran una cualidad agitada paseando continuamente y lamentando su estado triste. Disminución de apetito, agotamiento, ganancia o pérdida de peso, insomnio, o despertar precoz. Problemas de concentración, sentimientos de inutilidad o culpabilidad; ideas obsesivas.

Escala PP: Trastorno delirante. Considerados paranoides agudos pueden llegar a experimentar delirios irracionales para interconectados, de naturaleza celotípica, persecutoria o de grandeza. El estado de ánimo es habitualmente hostil y expresan sentimientos de estar sobrecogidos y maltratados.

3.6.4. HISTORIA CLÍNICA MÉDICA

La historia clínica es el documento médico legal que contiene todos los datos psicobiopatológicos de un paciente. Es importante reiterar el valor legal, es decir sujeta al valor legal, es decir sujeta a los preceptos o mandatos de la Ley en cuanto a la veracidad de su contenido, se estableció el respectivo contacto con el área de medicina para tener de forma veras y factible los resultados de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial esencial de la asociación de diabéticos e hipertensos en Pastaza.

3.7. ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Una vez recolectados los datos, se procedió a un análisis estadístico, presentando datos organizados en Cuadros y gráficos, los cuales permiten una concepción ordenada de los resultados. En éste mismo contexto se presenta un breve análisis de los valores calculados y los gráficos presentados.

Se establece el análisis e interpretación de los resultados obtenidos durante la investigación, llevado a cabo mediante la teoría de la personalidad de Tehodore Millon y el test de personalidad de Theodore Millon. Donde se analiza e interpreta los patrones clínicos de personalidad que influyen en el desarrollo de la Hipertensión Arterial Esencial. En base a los resultados estadísticos se realizan las conclusiones y recomendaciones necesarias del trabajo.

CAPÍTULO IV

ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. ANÁLISIS DEL TEST DE PERSONALIDAD INVENTARIO MULTIAxIAL/CLÍNICO DE MILLON (MCMI-II). APLICADO A LOS PACIENTES DE LA ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS E HIPERTENSOS DE PASTAZA.

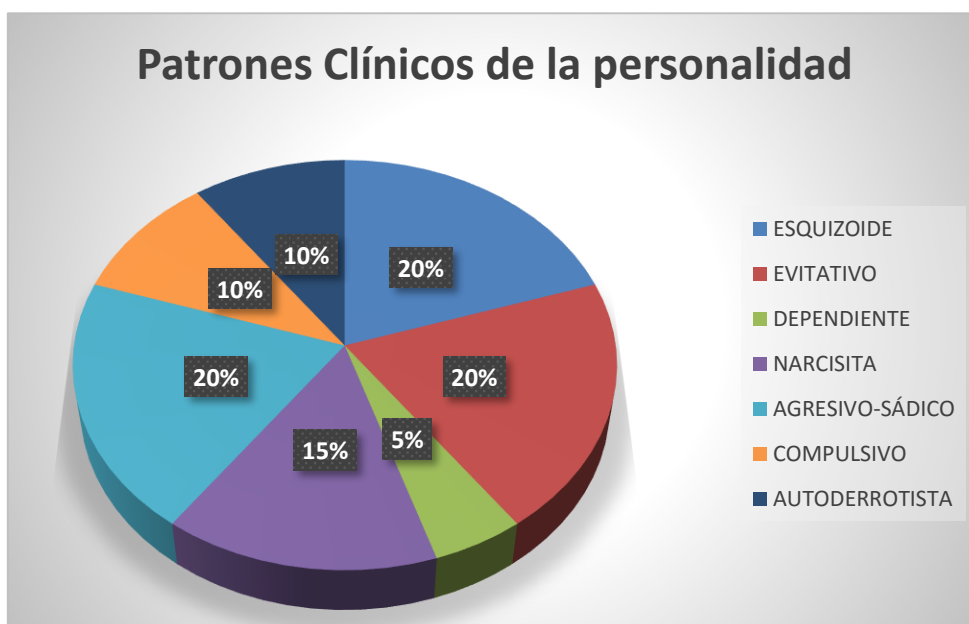
Cuadro 1. Patrones clínicos de la personalidad asociados a la hipertensión arterial esencial.

PATRONES CLÍNICOS	MUJERES	HOMBRES	TOTAL	PORCENTAJE TOTAL %
ESQUIZOIDE	4	0	4	20%
EVITATIVO	3	1	4	20%
DEPENDIENTE	0	1	1	5%
NARCISITA	1	2	3	15%
AGRESIVO-SÁDICO	3	1	4	20%
COMPULSIVO	2	0	2	10%
AUTODERROTISTA	2	0	2	10%
TOTAL	15	5	20	100%

Elaborado por: Luis Guano y Edison Pinduisaca

Fuente: Asociación de Diabéticos e Hipertensos de Pastaza

Gráfico 1. Patrones clínicos de personalidad asociados a la hipertensión Arterial esencial



Elaborado por: Luis Guano y Edison Pinduisaca

Fuente: Asociación de Diabéticos e Hipertensos de Pastaza

ANÁLISIS

Los patrones clínicos de la personalidad, establecidos en el test multiaxial de Theodore Millon, muestran resultados de importancia acercándonos a comprender mejor la relación con la Hipertensión arterial esencial. En la investigación se pudo constatar, que los patrones clínicos de personalidad presentan predominancia en los patrones clínicos evitativo, esquizoide y agresivo-sádico. Llevando a sintetizar que no existe la predominancia de uno solo, sino de varios que se correlacionan, dando como resultados lo siguiente:

El patrón clínico evitativo tiene influencia del 20% en la hipertensión arterial esencial. El patrón clínico esquizoide tiene influencia del 20% en la hipertensión arterial esencial. El patrón clínico agresivo-sádico tiene influencia del 20% en la hipertensión arterial esencial. Posteriormente el patrón clínico narcisista tiene influencia del 15% en la hipertensión arterial esencial. El patrón clínico compulsivo y autoderrotista tiene influencia del 10% en la hipertensión arterial esencial cada uno. Y el patrón clínico dependiente tiene influencia del 5% en la hipertensión arterial.

INTERPRETACIÓN

Los patrones clínicos de personalidad son características psicológicas profundamente arraigadas, que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar, y se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo. (Millon T. , 1974). Siendo un factor de riesgo en la población actuando en los trastornos cardiovasculares (hipertensión y enfermedades cardíacas).

Los patrones clínicos tienen cada uno su característica importante, determinando así que el patrón clínico **esquizoide** es un patrón de desconexión de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional. El patrón clínico de **evitación** es un patrón de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa. El patrón clínico **agresivo-sádico** tiene

un patrón patológico de conducta cruel, vejatoria y agresiva. Está marcada por la dominación y el abuso de las relaciones interpersonales, y un estado de ánimo marcado por la hostilidad y el goce en la persecución ajena. El patrón clínico **dependiente**, se caracterizan por una búsqueda de relaciones en la se puedan apoyar en otros para conseguir afecto, seguridad y consejo.

Así mismo el patrón clínico **narcisista** es un patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía. El patrón clínico **compulsivo** es de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control. Y el **autoderrotista** caracterizado por un tipo de comportamiento que impide que la persona consiga sus propias metas y deseos.

Los patrones clínicos de personalidad influyen en el individuo, intentan afrontar las responsabilidades y relaciones cotidianas con inflexibilidad y conductas desadaptativas. Las percepciones características de sí mismo y del entorno son fundamentalmente autofrustrantes, lo que con lleva a efectos perniciosos para la salud (Millon T. , 1974). Determinando así, que los patrones clínicos de personalidad al actuar en el individuo alteran la salud mental y física. La influencia con la hipertensión arterial esencial es de forma directa, ya que descompensan la salud de la persona con hipertensión arterial, llevando así a determinar que los patrones clínicos se relacionan con la patología hipertensiva.

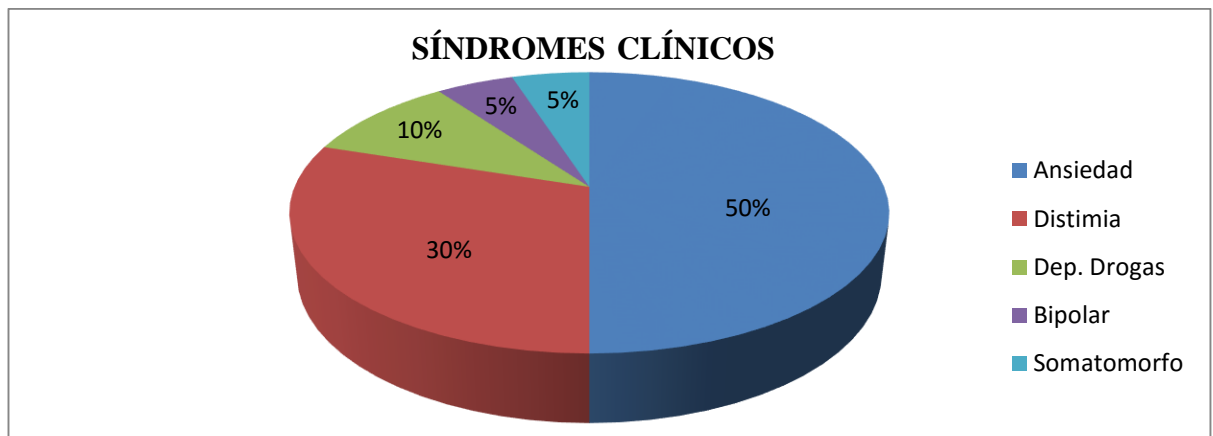
Cuadro 2. Síndromes Clínicos asociados a los patrones clínicos de Personalidad que influyen en la Hipertensión arterial esencial.

SÍNDROMES CLINICOS	N° TOTAL	PATRONES CLÍNICOS	PORCENTAJE PARCIAL	PORCENTAJE TOTAL
Ansiedad	10	Esquizoide	5%	50%
		Evitativo	5%	
		Dependiente	5%	
		Narcisista	10%	
		Agresivo-sádico	15%	
		Compulsivo	5%	
		Autoderrotista	5%	
Somatoformo	1	Compulsivo	5%	5%
Bipolar	1	Narcisista	5%	5%
Distimia	6	Esquizoide	10%	30%
		Evitativo	15%	
		Autoderrotista	5%	
Dependencia de drogas	2	Esquizoide	5%	10%
		Agresivo-sádico	5%	
TOTAL	20		100%	100%

Elaborado por: Luis Guano y Edison Pinduisaca

Fuente: Asociación de Diabéticos e Hipertensos de Pastaza

Gráfico 2. Síndromes Clínicos asociados a los patrones clínicos de personalidad que influyen en la Hipertensión arterial esencial.



Elaborado por: Luis Guano y Edison Pinduisaca

Fuente: Asociación de Diabéticos e Hipertensos de Pastaza

ANÁLISIS

La personalidad anormal está conformada según los mismos procesos y principios que los que intervienen en el desarrollo normal y el aprendizaje; sin embargo, debido a diferencias en el carácter, el tiempo, la intensidad o la persistencia de determinadas influencias, algunos individuos adquieren hábitos y actitudes mal adaptados, en tanto que otros no lo hacen” (Millon T. , 1999). Los síndromes clínicos tienen una influencia directa en la hipertensión arterial esencial porque descompensan la salud física del individuo. Destacándose una influencia mayor del síndrome clínico ansiedad y distimia en los patrones clínicos de personalidad, y cumpliendo así con los indicadores de la variable dependiente, estableciendo así los siguientes resultados:

El síndrome clínico **ansiedad** tiene una asociación de influencia en la hipertensión arterial esencial, con los patrones clínico de personalidad **esquizoide, evitativo, dependiente, compulsivo, autoderrotista** del 5% cada uno, con la patología cardiovascular hipertensiva. Así mismo patrón clínico **narcisista** con una asociación directa del 10% de influencia con la hipertensión arterial. Y el **agresivo-sádico** con una asociaron directa del 15% de influencia con la hipertensión arterial. Dando como resultado un 50% de influencia total con la hipertensión arterial.

El síndrome clínico **distimia** tiene una asociación de influencia en la hipertensión arterial esencial, con el patrón clínico **autoderrotista** del 5% con la patología cardiovascular hipertensiva. El patrón clínico **esquizoide** con una asociación directa del 10% de influencia en la hipertensión arterial. Y el patrón clínico **evitativo** con una asociación directa del 15% de influencia en la hipertensión arterial. Dando como resultado un 30% de influencia total con la hipertensión arterial.

El síndrome clínico **dependencia a drogas** tiene una asociación de influencia en la hipertensión arterial esencial, con el patrón clínico **esquizoide, agresivo-sádico** con del 5% cada uno, con la hipertensión arterial. Dando como resultado un 10% de influencia total con la hipertensión arterial.

El síndrome clínico **somatomorfo, bipolar** tiene una asociación de influencia en la hipertensión arterial esencial, con el patrón clínico **compulsivo y narcisista**, del 5% cada uno con la hipertensión arterial. Dando como resultado un 10% de influencia total con la hipertensión arterial.

Teodore Millon menciona que los síndromes clínicos llevan a que las personas intenten afrontar las responsabilidades y relaciones cotidianas con inflexibilidad y conductas desadaptativas. La O.M.S refiere que las personas que tienen dificultad para manejar estados emocionales como la rabia, la tristeza y la angustia, tienen mayor propensión a desarrollar enfermedades psicosomáticas. Llegando a concluir que los síndromes clínicos se asocian con los patrones clínicos de personalidad para influir de manera directa en problemas cardiovasculares especialmente con la hipertensión arterial esencial.

INTERPRETACIÓN

El síndrome es un Conjunto de síntomas y signos que se presentan independientemente en una enfermedad. La **ansiedad** es un estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad. La **distimia** un trastorno afectivo de carácter depresivo crónico, caracterizado por la baja autoestima y aparición de un estado de ánimo melancólico, triste y apesadumbrado. Destacándose los dos síndromes clínicos como mayor causa de influencia en la hipertensión arterial.

El síndrome clínico **dependencia drogas**, tienden a tener dificultad a reprimir los impulsos o mantenerlos dentro de límites sociales convencionales. El síndrome clínico **Somatomorfo**, dificultades psicológicas expresadas a través de canales somáticos, preocupación por la pérdida de la salud y una variedad dramática de dolores en regiones diferentes. **Bipolar**, es un trastorno mental maníaco-depresivo, que causa mucha infelicidad a los portadores de esta enfermedad.

Teodore Millon menciona que “La manera de como pensamos, actuamos, sentimos y adquirimos conocimientos y educación no es independiente del ambiente, ya que vivimos en sociedad y estamos en constante interacción con las personas y diversas variables que nos influyen en el diario vivir.” Llegando a concluir que los síndromes clínicos se asocian con los patrones clínicos de personalidad, para influenciar en el desarrollo de la hipertensión arterial esencial ya que elevan la presión arterial sistólica y diastólica sea igual o mayor de 140/90 mm Hg, ocasionado por conflictos psicológicos negativos. Determinando así que la descompensación de la presión influye en el funcionamiento eficiente de órganos vitales y el bienestar general del individuo (O.M.S., 2013).

4.4 COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Del estudio realizado en 20 pacientes con Hipertensión arterial esencial. Respecto a la influencia que tienen los patrones clínicos de personalidad con las enfermedades cardiovasculares específicamente la hipertensión arterial esencial. Se concluye: El patrón clínico **evitativo, esquizoide y agresivo-sádico** tienen influencia del 20% cada uno, respectivamente en la hipertensión arterial esencial. Dando a conocer que estos 3 patrones clínicos se relacionan con el 20% de influencia en la hipertensión arterial esencial. Así mismo, dentro de la investigación se encontró que el síndrome clínico **ansiedad** influye en un 50% en la hipertensión arterial esencial. La **distmia** influye en un 30% en la hipertensión arterial esencial. La **dependencia de drogas** influye en un 10% con la patología cardiovascular hipertensiva. Destacando también que los síndromes clínicos **bipolar y somatomorfo** influyen en la hipertensión arterial en un 5% cada uno respectivamente. Demostrando que también son indicadores de asociación de influencia en la hipertensión arterial esencial.

Los patrones de personalidad predisponen a la hipertensión arterial esencial, confirmando la hipótesis planteada: “El patrón clínico de personalidad evitativo influye en el desarrollo de la hipertensión arterial esencial en los pacientes de la Asociación de Diabéticos e Hipertensos en Pastaza”. Determinando también que durante la investigación, se observó que no existe un patrón clínico que predispone en la patología, si no que existen patrones clínicos que tienen la misma influencia como son el esquizoide y el agresivo-sádico.

De acuerdo a los resultados se confirma la hipótesis a través del análisis estadístico y apoyado en aportes científicos, que si existe influencia de los patrones clínicos de personalidad en la adquisición de la hipertensión arterial esencial, lográndose de esta forma también el cumplimiento del segundo objetivo específico planteado: “Relacionar el tipo de personalidad con la Hipertensión Arterial Esencial, de los pacientes de la Asociación de Diabéticos e Hipertensos de Pastaza”. Se puede entonces reorientar y fortalecer el tratamiento mediante la prevención de las enfermedades a través de la psicoeducación.

CAPÍTULO V

**CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES**

5.1. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.1. CONCLUSIONES

- Se aplicó el test multiaxial de personalidad de Teodoro Millón identificando los patrones clínicos de personalidad que influyen con mayor porcentaje en la adquisición de la hipertensión arterial esencial y así cumpliendo con la hipótesis planteada. En la investigación se pudo constatar, que los patrones clínicos de personalidad evitativo, esquizoide y agresivo-sádico tienen una mayor influencia en la patología cardiovascular cada uno con el 20% respectivamente en la patología hipertensiva. Llevando a sintetizar que no existe la predominancia de uno solo, sino de varios que se correlacionan en la influencia de la hipertensión arterial esencial.
- Dentro de la investigación se encontró que los síndromes clínicos tienen una asociación de influencia directa con los patrones clínicos de personalidad destacando así que la ansiedad influye en un 50% en la hipertensión arterial esencial. La distimia influye en un 30% en la hipertensión arterial esencial. La dependencia de drogas influye en un 10% con la patología cardiovascular hipertensiva. Destacando también los síndromes clínicos bipolar y somatomorfo influyen en la hipertensión arterial en un 5% cada uno respectivamente. Demostrando que son indicadores de asociación de influencia en la hipertensión arterial esencial y así descompensando la salud física del paciente.
- Se logró determinar que el estado emocional y psicológico de las personas incide notablemente en su bienestar, en el caso específico en las mujeres, debido a su estructura psicológica, suelen considerar los problemas con mayor intensidad, lo que las lleva a deprimirse, tener ansiedad con

frecuencia que en definitiva afecta a la parte física de las personas, y en este caso desencadena en la Hipertensión Arterial Esencial.

- Se desarrolló cinco talleres psicoeducativos durante el periodo de ejecución del proyecto de tesis con temas de relevancia para la mejor comprensión de la problemática psicosomática, control y prevención desde el ámbito psicológico. Destacando cinco talleres dirigidos a los pacientes, familiares y amigos cercanos.

5.1.2. RECOMENDACIONES

- Seguir aplicando el test multiaxial de Teodoro Millón en otras investigaciones afines, para la evaluación de los patrones clínicos de personalidad, los síndromes clínicos para así establecer criterios de personalidad predominantes en la adquisición de enfermedades cardiovasculares o afines.
- Es necesario realizar más estudios sobre temas relacionados a patologías psicosomáticas, puesto que en este trabajo investigativo se ha determinado la influencia de la personalidad en la adquisición de la Hipertensión Arterial Esencial, por lo que es conveniente trabajar en la prevención primaria de enfermedades asociadas a problemas cardiovasculares, mediante la psicología se puede tratar la enfermedad en forma preventiva. Y poder brindar estrategias psicológicas y coadyuvar así con la prevención, el tratamiento de los pacientes que padecen enfermedades cardiovasculares. Siempre con el apoyo de la familia involucrada en el tratamiento.
- Dar a conocer más a fondo a la comunidad universitaria, de la influencia de la personalidad en enfermedades cardiovasculares para ayudar en la salud física y mental de la población. También dar a conocer la investigación a instituciones privadas y gubernamentales para así sensibilizar la problemática existente y mediante la educación preventiva se intervenga para tratar en el ámbito psicológico y emocional a los pacientes que presentan los rasgos de personalidad determinantes para adquirir dicha enfermedad, especialmente las mujeres, que son las más propensas de adquirir la patología hipertensiva.
- Implementar en la biblioteca textos relacionadas a enfermedades psicosomáticas, con el fin que la comunidad universitaria pueda continuar informándose e investigando los orígenes de diferentes enfermedades sin causa orgánica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aparicio García, M. (2001). *EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD MEDIANTE EL MODELO DE THEODORE MILLON EN EL ÁMBITO LABORAL*. MADRID.
- Aparicio García, M. E. (2001). *EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD MEDIANTE EL MODELO DE THEODORE MILLON EN EL ÁMBITO LABORAL*. Madrid.
- Ávila-Espada, & J., H. (1995). *La personalidad y sus trastornos: aproximación a la obra de Theodore Millon*. Clínica y Salud. Madrid: TEA Ediciones.
- Bandura. (2010). *Las teorías cognitivas de la personalidad*. madrid: pirámide.
- Bellido, M., & Fernández, L. (2003). *Etiología y fisiopatología de la hipertensión arterial esencial*. Toledo: Monocardio.
- Bescós, A., Crespo, B., Arias, G., & Chaparro, S. (2012). *HIPERTENSIÓN ARTERIAL*. Málaga.
- Blanco, C., & Moreno, P. (2006). *Revisión del concepto de personalidad y del modelo de personalidad (P) de Millon (M)*. Palma Mallorca.
- BLOGGERREDAS. (2010). *El método clínico de la Psicología*.
Carácter y temperamento. Exigencia del trato diferencial. (2010).
- Chan, D. M. (7 de Abril de 2012). Día Mundial de la Salud 2013. *Hipertension Arterial*.
- CIE-10. (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. Madrid: COMETA, S.A.
- Condarco de Torrico, N. (2012). *Diabetes mellitus y la hipertensión arterial son enfermedades trágicas*. LA PATRIA, Bolivia.
- Dresch, V. (2006). *RELACIONES ENTRE PERSONALIDAD Y SALUD FÍSICA-PSICOLÓGICA: DIFERENCIAS SEGÚN SEXO-GENERO, SITUACIÓN LABORAL Y CULTURA-NACIÓN*. Madrid.
- DSM-5. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. London, Inglaterra: American Psychiatric Association, o APA.
- DSM-IV. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: MASSON, S.A. .

- Echeverría, R., & Riondet, B. (2009). TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL. *Hipertensión arterial*.
- ElComercio.com. (30 de Octubre de 2014). Tipos de personalidad estarían ligados a varias enfermedades, según estudio. *El COMERCIO TENDENCIAS*.
- Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. (1988). Personalidad Resistente y Neuroticismo / Ansiedad.
- Espinosa, R., García-Vera, M., & Sanz, J. (02 de Abril de 2012). Factores psicosociales implicados en el control de la hipertensión arterial. *Hipertensión y Riesgo Vascular*.
- Eysenck, H. J. (2010). *Psicología para todos*. Barcelona: OCEANO.
- GestioPolis. (10 de Junio de 2014). La psicometría. *GestioPolis*.
- GIRALT, M. (2010). *Nuestra Personalidad, única e irrepetible*. Madrid: OCEANO.
- HERRERA, R. M. (s.f.).
- Heymans, & Senne, L. (2010). *Carácter y temperamento Exigencia del trato diferencial*.
- HUEPA, J. (2013). *la personalidad*.
- Jarne, D. E. (2010). DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA CLÍNICA. *Clinica universidad de Navarra*.
- Laham, D. M. (2007). Perfil de personalidad y coronariopatías II: la personalidad tipo D. *psicocardiología*, 6-7.
- M.S.P. (2011). *PROTOCOLOS CLÍNICOS Y TERAPÉUTICOS PARA LA ATENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRASMISIBLES (diabetes 1, diabetes 2, dislipidemias, hipertensión arterial)* . Ecuador.
- Manizales-Colombia, D. M. (2006). Estudio comparativo del nivel de ansiedad, personalidad tipo A y factores de riesgo asociados a hipertensión arterial en pacientes hipertensos y no hipertensos. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 1-18.
- MARTÍ, J. M. (2010). *Psicología para Todos*. Barcelona (España): OCEANO.
- MERANI, A. (1979). *Diccionario de psicología* . México D.F.: Grijalbo.
- MICHELLY, D., & BENAVIDES, J. (2006). Estudio comparativo del nivel de ansiedad, personalidad tipo A y factores de riesgo asociados a hipertensión

- arterial en pacientes hipertensos y no hipertensos. *Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, 1-18.
- Millon. (1974). *Abnormal Behavior and Personality: A biosocial learning approach*. Philadelphia: Saunders Company.
- Millon, & Davis. (1996). *Disorders of personality: DSM-IV and beyond*. New York: Wiley-Interscience. (Traducido al español: *Trastornos de la personalidad: más allá del DSM-IV*). Barcelona: Masson.
- Millon, & Everly. (1985). *Revisión del concepto de personalidad y del modelo de personalidad de Millon*. Barcelona: Masson.
- Millon, T. (1967). *Theories of psychopathology*. Philadelphia: Saunders Company.
- Millon, T. (1974). *Un modelo de Aprendizaje biosocial*. México: Interamericana.
- Millon, T. (1999). *inventario clínico multiaxial de millon-II*. Madrid: TEA.
- Millon, T., & Everly. (1985). *Personality and its disorders. A biological learning approach*. NY: John Wiley & Sons.
- Millon, T., & Everly. (1985). *Personality and its disorders. A biological learning approach*. NY: John Wiley & Sons.
- Montero, D. (2014). *Definición de Marco Metodológico*. Ecuador.
- MORETA, R. (2012). *La psicología médica en la medicina*. Ambato-Ecuador.
- Morone, G. (2013). *Métodos y técnicas de la investigación científica*. Buenos Aires.
- Nicolás, L. (2011). "Estilos de personalidad en estudiantes que ingresan a la carrera de Psicología de la Universidad Interamericana en Rosario, provincia de Santa Fé". Rosario (Santa Fe): UAI.
- O.M.S. (7 de Abril de 2013). *Día Mundial de la Salud 2013: Mida su tensión arterial, reduzca su riesgo*, págs. 3-4.
- O.M.S., (. M. (2013). *Información general sobre la HIPERTENSIÓN en el mundo*. Ginebra.
- Palechano. (1996). *psicología de la salud: personalidad*. *Personalidad y salud*.
- Regina, M., & Sanz, J. (2012). *La psicología puede ayudar a combatir la hipertensión*. *Universidad Complutense de Madrid*, 1-10.
- Riondet, P. D. (s.f.).

- Roberto, C. M. (2012). *psicología de las diferencias individuales*. Madrid (España): pirámide.
- Sánchez, O. R. (2003). *Theodore Millon, una teoría de la personalidad y su patología*.
- Sánchez, P. M., & Aparicio, M. (2005). *El Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (MIPS) en Brasil*. Brazil.
- Solís Manrique, C. (2007). *El Inventario Clínico Multiaxial de Millon- II (MCMI-II): Validez y Confiabilidad en Pacientes de Dos Hospitales de Salud Mental de Lima Metropolitana*. Perú.
- Strogoff, & Fogg, P. (2010). *Personalidad* . Madrid: Oceano.
- Theodore Millon. (2007). *Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora*.
- Trull, T. (2002). *psicología clínica*. Mexico D.F.: Thomson.
- UNAD. (2009). *ORIGEN E HISTORIA DEL CONCEPTO “PERSONA” Y “PERSONALIDAD” Y EVOLUCION DE LAS TEORIAS DE LA PERSONALIDAD*. Colombia.
- UniversidadManizales. (2006). *Estudio comparativo del nivel de ansiedad, personalidad tipo A y factores de riesgo asociados a hipertensión arterial en pacientes hipertensos y no hipertensos*. Colombia-Manizales.

ANEXOS

ANEXO 1.

PLANTILLA I DE CORRECCIÓN DEL MCMI-II

INSTRUCCIONES GENERALES

- 1. Coloque los datos personales del evaluado en el recuadro que se presenta a continuación.**

DATOS PERSONALES	
Escriba los datos en los casilleros correspondientes	
Género: escriba "M" o "F"	<input type="text"/>
Edad: anote la edad en años (por ej.: 28)	<input type="text"/>
Tiempo de enfermedad (marque con una "X")	
Menos de 1 semana	<input type="checkbox"/>
De 1 a 4 semanas	<input type="checkbox"/>
Más de 4 semanas o sin enfermedad	<input type="checkbox"/>

ANEXO 2.

PLANTILLA II DE CORRECCIÓN DEL MCMI-II

HOJA DE RESULTADOS

1. CALIFICACIÓN MANUAL O CON EL PROGRAMA COMPUTARIZADO.

2. SE ANALIZAN LAS ESCALAS DE VALIDEZ:

V: Validez; items de apariencia extraña o altamente improbables:

Puntaje:

- >1 RESULTADOS INVALIDOS Detener la calificación.
- 1 VALIDEZ CUESTIONABLE Puede continuar la calificación.
- 0 VALIDOS Continuar la calificación.

X: Sinceridad; si el paciente se inclina a ser franco y sincero o por el contrario reticente y reservado:

- “X” entre 145 y 590 Continuar con la Calificación
- “X” >145 ó >590 Detener la Calificación

Y: Deseabilidad Social; identifica el grado con que los resultados pueden encontrarse afectados por la inclinación de los pacientes a mostrarse socialmente atractivos, moralmente virtuosos o emocionalmente ajustados.

- >75 Tendencia del sujeto a presentarse de forma. Mientras más alto Sujeto trata de disimular sus aspectos favorable o con personalidad atrayente psicológicos o dificultades personales

Z: Autodescalificación;

- >75 Inclinaciones a despreciarse o Mientras más alto Un examen más cuidadoso “petición de desvalorizarse intentando mostrar más

trastornos emocionales y dificultades personales ayuda o llamada de atención”

3. SE ANALIZAN LAS ESCALAS TENIENDO COMO BASE, LOS SIGUIENTES INDICADORES:

- Indicador Elevado >85
- Indicador Moderado 75 - 84
- Indicador Sugestivo 60 - 74
- Indicador Bajo 35 - 59
- Indicador Nulo 0 – 34

5. SE CORRELACIONAN LAS ESCALAS QUE HAN OBTENIDO UN INDICADOR ELEVADO Y MODERADO, SEGÚN EL CASO INDIVIDUAL.

ANEXO 3.

TEST MULTIAxIAL DE THEODORE MILLON

Pregunta		V	F
1	Siempre sigo mis propias ideas en vez de hacer lo que otros esperan de mi		
2	Siempre he encontrado más cómodo hacer las cosas solo(a) tranquilamente en vez de hacerlas con otros		
3	Hablar con otras personas ha sido casi siempre difícil y duro para mi		
4	Creo que hay que ser dedicado y tener fuerza de voluntad en todo lo que hago		
5	En las últimas semanas me pongo a llorar apenas la mínima de las cosas sale mal		
6	Alguna gente me considera engreído(a) y egoísta		
7	De adolescente me metía en muchos problemas debido a mi mala conducta escolar		
8	Siempre siento que no soy querido(a) en un grupo		
9	Frecuentemente critico a la gente si está mal		
10	Me conformo con seguir a los demás		
11	Disfruto haciendo tantas cosas diferentes que no puedo decidir qué hacer primero		
12	A veces puedo ser muy tosco(a) y malo(a) en mis relaciones con mi familia		
13	Me interesa muy poco hacer amigos		
14	Creo que soy una persona muy sociable y extrovertida		
15	Creo que soy una persona superior, por lo tanto, no me importa lo que la gente piensa		
16	La gente nunca ha reconocido debidamente lo que he hecho o logrado		
17	Tengo un problema con el alcohol que he tratado insatisfactoriamente de superar		
18	Últimamente siento como una angustia en el estómago y me pongo a sudar frio		
19	No me gusta hacerme notar durante las actividades sociales		
20	Frecuentemente hago cosas por el simple hecho de que son divertidas		
21	Me enfado mucho con la gente que parece que nunca hace las cosas bien		
22	Si mi familia me presiona es muy probable que me sienta enojado(a) y que me resista a hacer lo que ellos quieren		
23	Frecuentemente siento que debería ser castigado(a) por lo que he hecho		
24	La gente se burla de mi a mis espaldas, hablando de como actuó o de mi aspecto		
25	Los demás parecen más seguros que yo de lo que son y de lo que quieren		
26	Tiendo a romper en llanto y tener ataques de cólera sin saber porque		
27	Empecé a sentirme solo(a) y vacío(a) hace un año o dos		
28	Tengo talento para ser dramático		
29	Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino		
30	Disfruto de la competencia intensa		
31	Cuando entro en crisis, rápidamente busco a alguien para que me ayude		
32	Me protejo a mí mismo(a) de problemas no dejando que la gente sepa mucho de mi		
33	La mayor parte del tiempo me siento débil y cansado (a)		
34	Otra gente se enoja más ante pequeños inconvenientes que yo		
35	Mi consumo de drogas frecuentemente me ha llevado a una buena cantidad de problemas en el pasado		
36	Últimamente me encuentro llorando sin ninguna razón		

37	Creo que soy una persona especial que merece atención especial de los otros		
38	Bajo ninguna circunstancia me dejo engañar por gente que dice necesitar ayuda		
39	Una manera segura de hacer un mundo pacifico es mejorando la moral de la gente		
40	En el pasado me he involucrado sexualmente con muchas personas que no me importaban mucho		
41	Encuentro difícil comprender a la gente que nunca tiene las cosas claras		
42	Soy una persona sumisa y fácil		
43	Mi mal genio ha sido una de las grandes causas de mis problemas		
44	No me importa mandonear a otros para conseguir que hagan lo que yo quiera		
45	En los últimos años incluso cosas mínimas parecen deprimirme		
46	Frecuentemente, mi deseo de hacer las cosas perfectamente demora mi trabajo		
47	Soy tan tranquilo(a) y aislado(a) que la mayoría de la gente no sabe siquiera que existo		
48	Me gusta coquetear con miembros del sexo opuesto		
49	Soy una persona tranquila y miedosa		
50	Soy una persona muy inconstante, cambio de opinión y de forma de sentir todo el tiempo		
51	Me siento muy tenso cuando pienso en los sucesos del día		
52	Beber alcohol nunca me ha causado ningún problema realmente serio en mi trabajo		
53	Últimamente parecería que las fuerzas se me escapan, incluso en las mañanas		
54	Empecé a sentirme un fracasado(a) hace unos años		
55	No me gusta nada la gente de éxito que siempre piensa que puede hacer las cosas mejor que yo		
56	Siempre he tenido un miedo terrible de perder el amor de la gente que necesito mucho		
57	Daria la impresión que hago todo lo posible para que la gente se aproveche de mi		
58	Últimamente siento ganas de romper cosas.		
59	Recientemente he pensado seriamente en acabar con mi vida.		
60	Siempre estoy tratando de hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.		
61	Mantengo un control riguroso de mi dinero, así estoy preparado (a) en caso de necesidad.		
62	Aparecí en la pasta de varias revistas el año pasado.		
63	Le gusto a poca gente.		
64	Si alguien me criticara por cometer un error, yo rápidamente señalaría algunos de sus errores.		
65	Algunas personas dicen que me gusta sufrir.		
66	Frecuentemente expreso mis sentimientos de rabia y después me siento terriblemente culpable.		
67	Últimamente me siento nervioso (a) y bajo una terrible presión, pero no sé por qué.		
68	Muy frecuentemente pierdo la sensibilidad en partes de mi cuerpo.		
69	Creo que hay personas que usan telepatía para influenciar mi vida.		
70	Consumir drogas ilícitas puede ser poco inteligente, pero en el pasado sentí que las necesitaba.		
71	Me siento cansado (a) todo el tiempo.		
72	No puedo dormir bien, y me levanto tan cansado (a) como cuando me acosté.		
73	He hecho varias cosas estúpidas de puro impulso que han terminado causándome muchos problemas.		
74	Nunca perdono un insulto. , ni olvido una vergüenza que alguien me haya hecho pasar.		

75	Deberíamos respetar las generaciones anteriores y no pensar que sabemos más que ellos.		
76	Ahora me siento terriblemente deprimido (a) y triste gran parte del tiempo.		
77	Soy el tipo de personas del que otros se aprovechan.		
78	Siempre me esfuerzo mucho de complacer a los demás, incluso cuando no me agradan.		
79	He tenido serios pensamientos suicidas por varios años.		
80	Rápidamente me doy cuenta cómo la gente está intentando causarme problemas.		
81	Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de la gente.		
82	No puedo entenderlo, pero parecería que disfruto hiriendo a las personas que quiero.		
83	Hace mucho tiempo decidí que era mejor tener poco que ver con la gente.		
84	Estoy dispuesto (a) a pelear a muerte antes que dejar que nadie me quite mi autodeterminación.		
85	Desde que era niño (a) siempre he tenido que cuidarme de la gente que estaba tratando de engañarme.		
86	Cuando las cosa se ponen aburridas, me gusta despertar situaciones emocionantes.		
87	Tengo problemas de alcohol que me han generado problemas a mí y a mi familia.		
88	Si una persona quiere que se haga algo que requiera mucha paciencia, deberían pedírmelo a mí.		
89	Soy probablemente la persona con ideas más creativas entre las personas que conozco.		
90	Hace diez años que no veo un carro.		
91	No veo nada de malo en usar a la gente para obtener lo que quiero.		
92	El castigo nunca me frenó a hacer lo que yo quería.		
93	Hay muchas veces que sin razón alguna, me siento muy contento (a) y muy emocionado (a).		
94	Yo me escapé de mi casa cuando era adolescente por lo menos una vez.		
95	Muchas veces digo cosas rápidamente de las que luego me arrepiento.		
96	En las últimas semanas me siento agotado sin ninguna razón.		
97	De un tiempo a esta parte me siento muy culpable porque ya no puedo hacer las cosas bien.		
98	Las ideas me dan vueltas y vueltas en la cabeza y no se van.		
99	De un año o dos a esta parte, me siento bastante desanimado (a) y triste acerca de la vida.		
100	Mucha gente lleva años espionando mi vida privada.		
101	No sé por qué pero a veces digo cosas crueles simplemente para hacer infelices a los otros.		
102	Odio y temo a la mayoría de la gente.		
103	Expreso mis opiniones sobre las cosas, no importa lo que los otros piensen.		
104	Cuando alguien con autoridad insiste en que haga algo, es muy probable que lo posponga o lo haga mal a propósito.		
105	Mi hábito de abusar de las drogas me ha causado que falte al trabajo en el pasado.		
106	Siempre estoy dispuesto (a) a ceder con los demás para evitar problemas.		
107	Frecuentemente estoy molesto (a) y renegón (a).		
108	Simplemente ya no tengo la fuerza para defenderme.		
109	Últimamente y sin ninguna razón en especial tengo que pensar las cosa una y otra vez		
110	Frecuentemente pienso que no merezco las cosas buenas que me suceden.		
111	Utilizo mis encantos para obtener las atenciones de los demás.		

112	Frecuentemente cuando estoy solo (a), siento la fuerte presencia de alguien invisible cerca de mí.		
113	Me siento muy desorientado (a) y no sé adónde voy en la vida.		
114	Últimamente sudo mucho y me siento muy tenso.		
115	A veces siento que debería hacer algo para hacerme daño a mí o a otra persona.		
116	He sido injustamente castigado (a) por la ley por crímenes que no he cometido.		
117	Me he vuelto muy nervioso (a) en las últimas semanas.		
118	Constantemente tengo pensamientos extraños de los que quisiera librarme.		
119	Me resulta muy difícil controlar el impulso de beber en exceso.		
120	Mucha gente piensa que soy un ente que no vale nada.		
121	Me puedo excitar mucho sexualmente cuando peleo o discuto con la persona que amo.		
122	A través de los años, he tenido éxito en mantener mi consumo de alcohol al mínimo.		
123	Siempre he puesto a prueba a las personas para averiguar cuánto se puede confiar en ellas.		
124	Incluso despierto (a) parece que no percibo a la gente que está junto.		
125	Me resulta muy fácil hacer muchos amigos.		
126	Siempre me aseguro que mi trabajo esté bien planificado y organizado.		
127	Con frecuencia oigo cosas tan bien que me molesta.		
128	Mi estado de ánimo parece variar mucho de un día a otro.		
129	No me parece mal que una persona se aproveche de otra que se lo permite.		
130	Me he cambiado de trabajo más de tres veces en los últimos dos años.		
131	Tengo muchas ideas que se adelantan a su tiempo.		
132	De un tiempo a esta parte me siento triste y melancólico (a) y no puedo salirme de eso.		
133	Creo que siempre es mejor buscar ayuda en lo que haga.		
134	Con frecuencia me enojo con la gente que hace las cosas lentamente.		
135	Me molesta muchísimo con personas que pretenden que yo haga lo que no quiero hacer.		
136	En los últimos años, me he sentido tan culpable que podría hacer algo terrible a mi mismo (a)		
137	Nunca paso desapercibido (a) cuando estoy en una fiesta.		
138	La gente me dice que soy una persona muy correcta y moral.		
139	A veces me siento confundido y perturbado (a) cuando la gente es amable conmigo.		
140	Mi uso de las así llamadas drogas ilegales me ha llevado a discusiones con mi familia.		
141	Me siento incómodo (a) con los miembros del sexo opuesto.		
142	Hay miembros de mi familia que dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.		
143	No me importa que la gente no esté interesada en mí.		
144	Francamente miento bastante seguido para librarme de problemas.		
145	La gente puede fácilmente cambiar mis ideas incluso si pensaba que mi decisión ya estaba tomada.		
146	Los otros han tratado de engañarme, pero tengo fuerza de voluntad para superarlos.		
147	Mis padres generalmente me decían que yo no era bueno (a) para nada.		
148	Con frecuencia, la gente se enfada conmigo porque los mandoneo.		
149	Yo siento gran respeto por aquellas autoridades que están encima de mí.		
150	Casi no tengo vínculos cercanos con otras personas.		

151	En el pasado me han dicho que me interesaba o me emocionaba demasiado por demasiadas cosas.		
152	Yo he volado sobre el Atlántico treinta veces en el último año.		
153	Yo creo en el dicho “Quien madruga Dios lo ayuda”.		
154	Me merezco el sufrimiento que he tenido en la vida.		
155	Mis sentimientos hacía la gente importante en mi vida generalmente oscilan del amor al odio hacía ellos.		
156	Mis padres nunca estaban de acuerdo.		
157	En ocasiones he tomado hasta diez tragos o más sin emborracharme.		
158	En grupos sociales casi siempre me siento muy inseguro (a) y tenso (a).		
159	Valoro mucho las normas y reglas porque son una buena guía a seguir.		
160	Desde que era niño he ido perdiendo contacto con el mundo real.		
161	Rara vez tengo sentimientos fuertes acerca de algo.		
162	Era muy inquieto (a) viajaba de un lado a otro sin ninguna idea de dónde iría a parar.		
163	No puedo tolerar la gente que llega tarde a las citas.		
164	Gente oportunista con frecuencia trata de obtener crédito por cosas que yo he hecho o pensado.		
165	Me enfado mucho si alguien exige que yo haga las cosas a su manera en vez de la mía.		
166	Tengo la habilidad de ser exitoso (a) en casi cualquier cosa que haga.		
167	Últimamente me derrumbo.		
168	Pareciera que animo a la gente que me quiere para que me hiera.		
169	Nunca he tenido un pelo en mi cabeza o en mi cuerpo.		
170	Cuando estoy con otros me gusta ser el centro de atención.		
171	Con frecuencia, personas que al principio he admirado mucho, después me han desilusionado fuertemente.		
172	Soy la clase de persona que puede abordar a cualquiera y agredirlo (a) verbalmente.		
173	Prefiero estar con gente que vaya a protegerme.		
174	Ha habido muchos periodos en mi vida en los que he estado tan alegre y he gastado tanta energía que luego caía en bajadas de ánimo.		
175	He tenido dificultades en el pasado para dejar de abusar de las drogas o alcohol.		

ANEXO 4.

PLANTILLA DE RESULTADOS DEL TEST MULTIAIXIAL DE MILLON

Escalas de Validez											PUNTAJE	
V	Validez	0	=	Válido							FINAL	
X	Sinceridad	0	=	Inválido							0	X
Y	Deseabilidad Social	0	=								0	Y
Z	Autodescalificación	0	=								12	Z
		PUNTAJE		FACTOR		AJUSTES					PUNTAJE	
Patrones clínicos de personalidad		Bruto	BR	X	X1/2	DA	DD	DC-1	DC-2	Pac.	FINAL	
1	Esquizoide	0	0	0							0	1
2	Evitativo	0	6	6		6					6	2
3	Dependiente	0	0	0							0	3
4	Histriónico	0	6	6							6	4
5	Narcisita	0	0	0							0	5
6 ^a	Antisocial	0	0	0							0	6 ^a
6B	Agresivo-sádico	0	0	0							0	6B
7	Compulsivo	0	6	6							6	7
8 ^a	Pasivo-agresivo	0	0	0							0	8 ^a
8B	Autoderrotista	0	0	0		0					0	8B
Patología severa de personalidad												
S	Esquizotípico	0	6		6		5	9	9		9	S
C	Borderline	0	0		0	0	-1	3	3		3	C
P	Paranoide	0	0		0			2	2		2	P
Síndromes clínicos												
A	Ansiedad	0	0	0			-1	14	14		14	A
H	Somatoformo	0	0	0			-1	12	12		12	H
N	Bipolar	0	0	0							0	N
D	Distimia	0	0	0			-1	14	14		14	D
B	Dependencia de alcohol	0	0	0							0	B
T	Dependencia de drogas	0	0	0							0	T
Síndromes severos												
SS	Desorden del pensamiento	0	0		0					0	0	SS
CC	Depresión mayor	0	0		0					0	0	CC
PP	Desorden delusional	0	0		0					0	0	PP
				Indicador elevado							>=85	
Indicador moderado											75-84	
Indicador sugestivo											60-74	
Indicador bajo											35-59	
Indicador nulo											0-34	

ANEXO 5:

CERTIFICADO DE AUTORIZACIÓN



ASOCIACION DE DIABETICOS E HIPERTENSOS DE PASTAZA
ACUERDO MINISTERIAL No 0719 DEL 26 DE JUNIO DEL 2000
Dirección: Pichincha s/n Manabí y Guaranda
Teléfono: 2886-575

Puyo, 11 de Febrero de 2014

A QUIEN INTERESE:

En conformidad al oficio S/N recibido el 11 de febrero del 2014, tengo a bien mencionar que: Yo, **Srta. Elsa Freire** de la ciudad de Puyo provincia de Pastaza.

CERTIFICA:

Que, los señores Luis Guano con C.I.: 160056287-8, tiene la autorización correspondiente para ingresar a la institución y dar la ejecución, del anteproyecto de tesis, con la "ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS E HIPERTENSOS DE PASTAZA"

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad. Los señores, pueden dar a la presente certificación el uso a bien tuviere conveniente.

Atentamente:


Srta: Elsa Freire
PRESIDENTA DE LA ADHAP



ANEXO 6.

TRÍPTICO PARA EL TALLER PSICOEDUCATIVO NÚMERO 5 (LA PSICOEDUCACIÓN FAMILIAR DINÁMICA)



LA H.T.A. ESENCIAL ES “CONTROLABLE”

LA PSICOEDUCACIÓN FAMILIAR ES UNA ESTRATEGIA QUE TIENE COMO OBJETIVO ATENDER DEBIDAMENTE ESTAS CUESTIONES Y GIRA EN TORNO A LOS SIGUIENTES COMPONENTES BÁSICOS:

Mediante la psicoeducación se persigue: educar a los miembros de la familia en torno a la clínica de la patología médica y psicológica, sus factores etiológicos, factores que alivian o exacerban los síntomas o la gravedad, opciones de tratamiento, evolución esperada y recursos de la comunidad; enseñar habilidades de afrontamiento y habilidades familiares para manejar sus efectos, y minimizar la discapacidad y maximizar el funcionamiento; ofrecer un contexto para resolver problemas donde la familia aprenda a aplicar el conocimiento y proporcionar apoyo continuado a los miembros de la familia

EJERCITATE Y TOMA
TU MEDICINA

DISMINUYE LA SAL

CONTROL MEDICO
¡NO LO OLVIDES!

CONTROL
EMOCIONAL

DISFRUTA

AMA

ADHAP
LUIS GUANO
EDISON PINDUISACA

LA FAMILIA

ES LA FUENTE DEL
AMOR

ANEXO 7. TRÍPTICO PARA EL TALLER PSICOEDUCATIVO NÚMERO 5 (LA PSICOEDUCACIÓN FAMILIAR DINÁMICA)

ASOCIACIÓN DE DIABÉTICOS E HIPERTENSOS

PUYO-PASTAZA 2014

PROYECTO
PERSONALIDAD Y SALUD

¡ TU SALUD MENTAL, CÚDALA!

- TU FAMILIA ES IMPORTANTE.
- TU VIDA ES ÚNICA.
- ALIMENTATE SANO.
- ACUDE AL MÉDICO.

En gran medida determinada por variables cognitivas (PENSAMIENTOS), convierte la percepción del paciente respecto del apoyo recibido de su familia, muy útil para la comprensión de la evolución a lo largo de la patología y su vida personal


RELACIÓN ENTRE LOS PACIENTES Y FAMILIA

PACIENTE

El apoyo familiar percibido de los pacientes constituye un pilar elemental en el proceso de su vida con su patología. El apoyo familiar puede conceptualizarse como la disponibilidad y accesibilidad de los miembros de la familia para ayudar al paciente en el afrontamiento de las dificultades a las que debe enfrentarse

EVITAR

En el caso de familias disfuncionales las relaciones no siempre procuran el apoyo que el paciente necesita, caracterizándose, por el contrario, por ser interacciones en las que se utilizan amenazas, la decepción, la traición y el abandono para controlar a sus miembros. Esto es la dinámica




APOYO FAMILIAR PERCIBIDO

Está influido por el tiempo con el paciente en la presencia de su patología hipertensiva.

- Crean tener mejor relación con su familia
- Confían más en ellos cuando salen a la calle y consideran que su familia confía en que cumplirán con las consignas establecidas por los médicos con respecto a la HTA.

BUSCA AYUDA, Y COMO FAMILIA NO OLVIDES QUE LA SALUD DE TU FAMILIAR ES IMPORTANTE.

ADHAP



PSICOEDUCACION FAMILIAR DINÁMICA



ANEXO 8.

FOTOGRAFIAS

Foto1.



Sociabilización del proyecto de tesina a los usuarios de la asociación. *(Foto: Pacientes Asociación de Diabéticos e hipertensos de Pastaza)*

Foto 2.



Sociabilización y Aplicación para el desarrollo del test Multiaxial de Teodoro Millón *(Foto: Pacientes Asociación de Diabéticos e hipertensos de Pastaza)*

Foto 3.



Aplicación y ejecución personalizada del test Multiaxial de Teodoro Millón. Y Hoja de Observación Clínica. (Foto: *Pacientes Asociación de Diabéticos e hipertensos de Pastaza*).

Foto 4.



Psicoeducación a la comunidad, familiares y usuarios de la Asociación. (Foto: *Instalaciones de la asociación de diabéticos e hipertensos de Pastaza*)