



ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tema:

“EL COMPORTAMIENTO CELOTÍPICO Y SU INCIDENCIA EN LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD, EN LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD (PPL) VARONES, RECLUIDOS EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL DE LATACUNGA”.

Disertación de grado previo a la obtención del título de Psicólogo Clínico

Línea de Investigación:

Psicología y Salud Mental

Autor:

JUAN GABRIEL ESPINEL MONGE

Director:

DR. PAÚL MARLON MAYORGA LASCANO

Ambato - Ecuador

Mayo 2014

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE
AMBATO**

HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

“EL COMPORTAMIENTO CELOTÍPICO Y SU INCIDENCIA EN LOS
TRASTORNOS DE ANSIEDAD, EN LAS PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD
(PPL) VARONES, RECLUIDOS EN EL CENTRO DE REHABILITACIÓN SOCIAL
DE LATACUNGA”

Línea de investigación: Psicología y Salud Mental

Autor: Juan Gabriel Espinel Monge

Paúl Marlon Mayorga Lascano, Dr. f: _____

CALIFICADOR

Sandra Elizabeth Santamaría Guisamaná, Ps. Cl. f: _____

CALIFICADORA

Norma Marlene Macías Herrera, Ps. Cl. Msc. f: _____

CALIFICADORA

Víctor Manuel Cuadrado Rodríguez, Ps. Cl. f: _____

DIRECTOR ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Hugo Rogelio Altamirano Villarroel, Dr. f: _____

SECRETARIO GENERAL PUCESA

Ambato – Ecuador

Mayo 2014

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, Juan Gabriel Espinel Monge, portador de la cédula de ciudadanía 050349646-5 declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo a la obtención del título de Psicólogo Clínico son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones, los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mi exclusiva responsabilidad legal y académica.

Juan Espinel Monge

050349646-5

DEDICATORIA

“A mis padres, Margarita y Juan a quienes tanto amo”.

RESUMEN

El siguiente Plan de Disertación lleva como título: “El Comportamiento Celotípico y su Incidencia en los Trastornos de Ansiedad, en las Personas Privadas de Libertad (PPL) varones, reclusos en el Centro de Rehabilitación Social de Latacunga.” Hay que decir que los celos son un problema real, que afecta a un sinnúmero de personas, cuando estos salen de su condición de normalidad suelen manifestarse como una grave afección para el que lo padece y fácilmente pueden perturbar la esfera psíquica de la persona, alterando así su diario desenvolvimiento; es así que el presente estudio analiza el impacto que tienen los distintos niveles de celotipia, que van gradados, desde su ausencia, hasta la celotipia de nivel grave, en los múltiples niveles de ansiedad (ligera, media, elevada y máxima). Para este fin, la población elegida, está constituida por 100 personas privadas de libertad del Centro de Rehabilitación Social de Latacunga. Para la obtención de los datos, la investigación cuenta con el “Cuestionario Multimodal de Celos” y la “Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton”, con el fin de valorar la incidencia que tiene la primera variable sobre la segunda. La población elegida por sus condiciones de vida tan particulares, hacen que la investigación cobre profuso interés, por esta razón, se hace pertinente la urgencia de investigar dicho fenómeno para su posible solución, ya que es importante mejorar la calidad de vida de dichas personas, es de esta forma, que la investigación cobra factibilidad.

Celos, celotipia, ansiedad, incidencia, Persona Privada de Libertad

ABSTRACT

The following dissertation plan is titled “Jealous Behavior and the Incidence on Anxiety Disorders of men deprived of liberty held in the Center of Social Rehabilitation of Latacunga”. It must be said that jealousy is a real problem that affects countless number of people and when they are deviated from a normal state, it tends to be a serious condition for those who suffer jealousy and it can easily disturb the mental sphere of a person, altering their daily development; as such this study analyzes the impact of the different levels of jealousy which are polarized since its absence towards to a serious level of jealousy within multiplied level of anxiety (light, medium, high and maximum). For this purpose, a sample involved 100 detainees from the Center of Social Rehabilitation in Latacunga. In order to obtain the data, the investigation counts with the “Multimodal Jealousy Questionnaire” and “Hamilton Anxiety Rating Scale”, in order to measure the incidence of the first variable over the second one. The selected sample was chosen because of their particular life condition which makes this investigation keen interest, therefore it is relevant. The urgency of investigating this phenomenon in favor of a possible solution is important to improve life quality of those people and in this way, the investigation becomes feasible.

Jealousy, anxiety, incidence, detainees

TABLA DE CONTENIDOS

PRELIMINARES

Declaración de Autenticidad y Responsabilidad.....	III
Dedicatoria	IV
Resumen	V
Abstract	VI
Tabla de Contenidos.....	VII
Tabla de Gráficos	XI
Gráficos	XI
Tablas	XIV
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO.....	4
1.1 VARIABLE INDEPENDIENTE: LOS CELOS Y LA CELOTIPIA	4
1.1.1 Definiciones de Celos	4
1.1.2 Características de los Celos.....	8
1.1.3 Definición de Celotípia	12
1.1.4 Variantes Celotípicos	17
1.1.5 Origen de los Celos y la Celotipia	20
1.1.6 Dinámica de los Celos y la Celotípia	22
1.2 VARIABLE DEPENDIENTE: TRASTORNOS DE ANSIEDAD.....	25

1.2.1 Definición de Ansiedad.....	25
1.2.2 Trastornos de Ansiedad Asociados a la Celotipia.....	26
1.2.3 Clasificación de los Trastornos de Ansiedad	28
1.2.4 Origen de los Trastornos de Ansiedad	48
CAPÍTULO II: MARCO METODOLÓGICO	60
2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	60
2.2 SIGNIFICADO DEL PROBLEMA.....	64
2.3 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.....	65
2.4 PLANTEAMIENTO DEL TEMA	65
2.5 DELIMITACIÓN DEL TEMA	66
2.5.1 Delimitación de Contenido	66
2.5.2 Delimitación Espacial	66
2.5.3 Delimitación Temporal del Problema	66
2.5.4 Unidades de Observación.....	67
2.6 HIPÓTESIS: VARIABLES E INDICADORES	67
2.6.1 Hipótesis.....	67
2.6.2 Variables e Indicadores	67
2.7 OBJETIVOS	68
2.7.1 Objetivo General	68
2.7.2 Objetivos Específicos.....	69
2.8 METODOLOGÍA	70
2.8.1 Paradigma.....	70
2.8.2 Modalidad	71
2.8.3 Nivel de Investigación	72

2.8.4 Método de Investigación	72
2.8.5 Técnicas e Instrumentos.....	73
2.9 POBLACIÓN Y MUESTRA	76
CAPÍTULO III: RESULTADOS	78
3.2.2 Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton (HAS)	83
3.3 Resultados de la Aplicación del Inventario Multimodal de Celos	85
3.3.2 Niveles de Celotipia, Identificados en los PPL, del Centro de Rehabilitación Social de Latacunga.	92
3.4 Resultados de la aplicación de la Escala de Valoración de Ansiedad de Hamilton.....	94
3.4.1 Análisis de los ítems de la Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton.....	94
3.4.2 Niveles de Intensidad de la Ansiedad.	112
3.5 Niveles de Celotipia y su Incidencia en la Ansiedad.	118
3.6 Comprobación de la Hipótesis	133
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	138
4.1 CONCLUSIONES.....	138
4.2 RECOMENDACIONES	143
CAPÍTULO V: PROPUESTA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	146
5.1 GUÍA DE PSICOTERAPIA BREVE, BAJO LA TEORÍA DE LA “TERAPIA RACIONAL EMOTIVA CONDUCTUAL”	146
5.1.1 Introducción	146
5.1.2 Justificación.....	148
5.1.3 Objetivos de la Guía.....	149
5.1.4 Sustento Teórico de la TREC.....	150

5.1.5 Fundamentos Teóricos de la TREC	151
5.1.6 Descripción y Análisis del Modelo Terapéutico	153
5.1.7 Descripción y Análisis del Proceso del Modelo Terapéutico	154
5.1.8 Modelos de Sesiones a Seguir.....	156
Bibliografía	172
ANEXOS	178
Anexo.1 Modelo del Inventario Multidimensional de Celos, elaborado por Díaz-Loving, R.	178
Anexo.2 Modelo de la Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton	180

TABLA DE GRÁFICOS

GRÁFICOS

Gráfico 1: Análisis del factor n.1 “emocional-dolor” del cuestionario multimodal de celos.....	85
Gráfico 2: Análisis del factor n.2 “enojo” del cuestionario multimodal de celos.....	86
Gráfico 3: Análisis del factor n.3 “egoísmo-posesión” del cuestionario multimodal de celos.....	88
Gráfico 4: Análisis del factor n.4 “confianza” del cuestionario multimodal de celos.....	89
Gráfico 5: Análisis del factor n.5 “intriga” del cuestionario multimodal de celos. ..	91
Gráfico 6: Niveles de celotipia, identificados en los ppl, del centro de rehabilitación social de latacunga.	92
Gráfico 7: Análisis de la pregunta n.1 de la escala de valoración de la ansiedad de hamilton.	94
Gráfico 8: Análisis de la pregunta n.2 de la escala de valoración de la ansiedad de hamilton.	95
Gráfico 9: Análisis de la pregunta n.3 de la escala de valoración de la ansiedad de hamilton.	96
Gráfico 10: Análisis de la pregunta n.4 de la escala de valoración de la ansiedad de hamilton.	98

Gráfico 11: Análisis de la pregunta n.5 de la escala de valoración de la ansiedad de hamilton.	99
Gráfico 12: Análisis de la pregunta n.6 de la escala de valoración de la ansiedad de hamilton.	100
Gráfico 13: Análisis de la pregunta n.7 de la escala de valoración de la ansiedad de hamilton.	102
Gráfico 14: Análisis de la pregunta n.8 de la escala de valoración de la ansiedad de hamilton.	103
Gráfico 15: Análisis de la pregunta n.9 de la escala de valoración de la ansiedad de hamilton.	104
Gráfico 16: Análisis de la pregunta n.10 de la escala de valoración de la ansiedad de hamilton.	106
Gráfico 17: Análisis de la pregunta n.11 de la escala de valoración de la ansiedad de hamilton.	107
Gráfico 18: Análisis de la pregunta n.12 de la escala de valoración de la ansiedad de hamilton.	108
Gráfico 19: Análisis de la pregunta n.13 de la escala de valoración de la ansiedad de hamilton.	110
Gráfico 20: Análisis de la pregunta n.14 de la escala de valoración de la ansiedad de hamilton.	111
Gráfico 21: Niveles de intensidad de los síntomas psicológicos de la ansiedad, identificados en los ppl, del "centro de rehabilitación social de latacunga".	112

Gráfico 22: Niveles de intensidad de los síntomas somáticos de la ansiedad, identificados en los ppl, del "centro de rehabilitación social de latacunga".	114
Gráfico 23: Niveles generales de ansiedad identificados en los ppl, del "centro de rehabilitación social de latacunga".	115
Gráfico 24: Nivel de celotipia ausente y su incidencia en los síntomas psicológicos de ansiedad.....	118
Gráfico 25: Nivel de celotipia ausente y su incidencia en los síntomas somáticos de ansiedad.....	119
Gráfico 26: Nivel de celotipia ausente y su incidencia en los niveles generales de ansiedad.....	120
Gráfico 27: Nivel de celotipia leve y su incidencia en los síntomas psicológicos de ansiedad.....	121
Gráfico 28: Nivel de celotipia leve y su incidencia en los síntomas somáticos de ansiedad.....	122
Gráfico 29: Nivel de celotipia leve y su incidencia en los niveles generales de ansiedad.....	123
Gráfico 30: Nivel de celotipia moderada y su incidencia en los síntomas psicológicos de ansiedad.....	124
Gráfico 31: Nivel de celotipia moderada y su incidencia en los síntomas somáticos de ansiedad.....	125
Gráfico 32: Nivel de celotipia moderada y su incidencia en los niveles generales de ansiedad.....	126

Gráfico 33: Nivel de celotipia grave y su incidencia en los síntomas psicológicos de ansiedad.....	127
Gráfico 34: Nivel de celotipia grave y su incidencia en los síntomas somáticos de ansiedad.....	129
Gráfico 35: Nivel de celotipia grave y su incidencia en los niveles generales de ansiedad.....	130
Gráfico 36: Niveles de celotipia y su incidencia en los niveles de ansiedad.	131
Gráfico 37: Coeficiente de correlación de pearson con la totalidad de la población	134
Gráfico 38: Coeficiente de correlación de pearson con “recorte de la muestra”.....	135
Gráfico 39: Diagrama de dispersión del coeficiente de correlación de pearson con “recorte de población”	136

TABLAS

Tabla 1: Situaciones que refuerzan las creencias irracionales.....	14
Tabla 2: Criterios para el diagnóstico de f22.0 trastorno delirante [297.1].....	15
Tabla 3: Principales características de los trastornos de ansiedad.....	28
Tabla 4: Criterios para el diagnóstico de f41.1 trastorno de ansiedad generalizada [300.02].....	32
Tabla 5: Criterios para el diagnóstico de f42.8 trastorno obsesivo-compulsivo [300.3]	36

Tabla 6: Criterios para el diagnóstico de f41.0 trastorno de angustia sin agorafobia	
[300.01]	45

INTRODUCCIÓN

La siguiente Disertación de Grado lleva como título: “El Comportamiento Celotípico y su Incidencia en los Trastornos de Ansiedad, en las Personas Privadas de Libertad (PPL) varones, reclusos en el Centro de Rehabilitación Social de Latacunga.” Los celos, cuando salen del cauce de la “normalidad”, como en el caso de los comportamientos celotípicos, pueden llegar a convertirse en un serio problema para quien los padece, poniendo en riesgo la salud mental del individuo. Es así, que el principal objetivo del presente estudio, es el de determinar, la incidencia que generan los comportamientos celotípicos, en el apareamiento de los trastornos de ansiedad.

Los celos se definen como un tipo de emoción negativa, o sentimiento de posesión exclusiva, que se acompaña con un conflicto frente a la realidad, en la cual el individuo que los padece siente que una tercera parte (otra persona), parece despojarlo del afecto de un ser querido. Al escapar del carácter de lo normal, los celos patológicos podrían afectar áreas importantes de la vida de la persona, como su desempeño laboral o escolar, es un hecho entonces que tienen implicaciones directas con la salud de quien los padece. Por esta razón, se puede deducir, la estrecha relación que guardan los celos y la presencia de ciertos trastornos de ansiedad. Como lo afirma el Diccionario de Psicología APA, los trastornos de ansiedad, constituyen una de las principales enfermedades de carácter psicológico, entre los habitantes de

América. Dichos Trastornos (los ansiosos) se caracterizan por el apareamiento de un miedo y ansiedad patológica.

En la primera parte de la investigación, se expondrá el Marco Teórico, es necesario detenerse en la descripción bibliográfica de las dos variables. Tomando como base teórica y principal enfoque, lo propuesto por la Escuela Psicológica Cognitivo-Conductual. Por otra parte, lo que los manuales de diagnóstico nos aportan, es la descripción completa de los casos, es decir, la exposición ordenada y sistematizada de síntomas, signos y rasgos, que sin duda serán de gran utilidad en el proceso de evaluación y que además son parte esencial de la presente investigación. Permitiendo así, entender de mejor manera los conceptos, la dinámica de los celos y la celotipia, y además de los trastornos de ansiedad.

Siguiendo con el tema y mediante la utilización de la investigación de campo, se demuestra de forma objetiva, la presencia de comportamientos celotípicos, así como también, la valoración de trastornos de ansiedad en la población elegida, la cual consta de 100 internos varones del Centro de Rehabilitación Social de Latacunga. Tomando como instrumentos de evaluación a los siguientes reactivos psicológicos: “Escala de Valoración de Ansiedad de Hamilton, elaborada por Hamilton (1959) y el Inventario Multidimensional de Celos, elaborado por Díaz-Loving (1989) que consta de 40 reactivos tipo Likert con cinco opciones de respuesta; mediante el análisis de los resultados obtenidos en base a la evaluación de las dos variables, es que por fin, se podrá estar al corriente de cuál es el impacto y en qué magnitud la celotipia influye en los Trastornos de Ansiedad, meta primordial de la investigación.

Siguiendo con nuestra investigación, el siguiente capítulo comprende la metodología de trabajo, la cual consta de los “antecedentes del problema”, es decir de los estudios preliminares de diferentes autores que del mismo modo tratan el problema de los celos, además contiene el significado del problema, definición del problema, planteamiento del tema y la delimitación del tema, importantes para una mejor comprensión del presente trabajo. La segunda parte de la investigación consta de la hipótesis, el objetivo general y los objetivos específicos, para finalmente exponer la metodología que se empleará.

El siguiente capítulo “análisis de resultados”, trata sobre la validez y confiabilidad de los instrumentos aplicados en la investigación, y la revisión de los resultados obtenidos mediante la aplicación de los mismos, para luego, en base a lo descrito realizar el análisis pertinente que permita comprobar o descartar la hipótesis planteada, expuesta en el capítulo “conclusiones y recomendaciones” mismos que son el resultado mismo de la investigación. Finalmente la propuesta de solución planteada en los objetivos, es la de la invención de una Guía de Psicoterapia Breve, bajo la teoría Cognitivo-Conductual, con el fin de modificar los pensamientos irracionales ligados a la idea de los celos, dirigido a internos del Centro de Rehabilitación Social de Latacunga.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 Variable Independiente: Los Celos y la Celotipia

Para iniciar con el Marco Conceptual de la investigación y para entender de manera adecuada el funcionamiento de la celotipia y los comportamientos celotípicos, es necesario detenerse en la comprensión de los celos, de su dinámica y origen, partiendo de las concepciones que tienen distintos autores de psicología alrededor de este tema. Este primer capítulo, iniciará con la exposición de la variable independiente, “los comportamientos celotípicos”, para luego ampliar la exposición de los “trastornos de ansiedad” y su clasificación, que constituye la variable dependiente.

1.1.1 Definiciones de Celos

En primer lugar, es necesario explicar la etimología de la palabra “celos”, Seco, M. (1999), en su diccionario, explica que el término “celus” se deriva del latín y que a su vez significa (ardor, celos), sin embargo dicho término, no poseía un carácter positivo pero tampoco negativo, además, dicho autor describe el término celos como:

“la sospecha, inquietud o temor de que la persona amada prefiera a otro antes que a uno mismo”(Seco, 1999, p. 214). Otro aporte valioso es el que ofrece el autor Bosque (2005) quien describe a los celos como la sospecha o inquietud ante la posibilidad de que la persona amada nos reste atención en favor de otra. Finalmente, para la Real Academia Española (2001) los celos, son: “la sospecha de que la persona amada mude su cariño”.

Los celos aparecen descritos como un tipo de “emoción negativa o sentimiento de posesión exclusiva, que se acompaña con un conflicto con la realidad, en la cual el individuo siente que una tercera parte, parece despojarlo del afecto de un ser querido...” (Doron y Françoise, 2004, p.95), principalmente, los celos se desarrollan en las “relaciones románticas”, sin embargo, podrían darse en cualquier otra relación significativa (padres, hermanos, amigos, etc.).

Mientras tanto para el diccionario de la APA (2010): “Los celos implican una relación social entre tres individuos: el celoso, la pareja deseada por el individuo celoso o con quien mantiene una relación, y el rival que representa una amenaza anticipada para esta relación” (p.73). Pero, principalmente, son un tipo de comportamiento humano, y como tal son propio del ser. En otras palabras, los celos, son conductas normales en la vida de las personas, es así que el comportamiento humano, comprende ciertas normas de trato social, y que dentro de la relación de pareja también existen dichas normas, y una de las principales, sin duda, es «la no

intromisión de terceros en la relación» que constituyen, por así decir, el respeto amoroso (Luna, 1989).

Un estudio realizado por Cruz y Herrera (2007) concluye, entre otras cosas, que los celos son una emoción que tiene su origen en un deseo desmedido por poseer algo de forma exclusiva, de uno y de nadie más, y a los que subyace la infidelidad (real o imaginaria) de la persona que uno ama. Otro estudio realizado como tesis para la maestría doctoral en psicología aplicada por Ochoa (1998) explica que los celos son comportamiento de las personas y muchas de las conductas que se presentan ante esta situación llegan a ser de alejamiento, desconfianza, expresiones de enojo, cólera, irritabilidad, tristeza, etc. las cuales solo forman una pequeña parte de todo un comportamiento que es el del ser humano.

Citando a algunos autores, que tratan la dinámica de los celos, se encuentran los siguientes: Gould (citado por Ochoa, 1998, p. 15) opina que los celos tienen sus raíces en patrones de desarrollo no sanos, estos están relacionados con la posesión y la propiedad. Por tal razón, son siempre patológicos. Cuando se está celoso hay la sensación de ser mutilado, restringido y achicado como persona. Si la pérdida es pública, los celos son más intensos, hay humillación. Para Robertiello (citado por Ochoa, 1998, p.15) los celos se sustentan en el miedo a quedar en el desamparo, mientras más se siente que se puede vencer al oponente o reemplazar al objeto amado, menos celos se sienten.

White (citado por Ochoa, 1998, p.18) define a los celos como una complejidad de pensamientos, sentimientos y acciones que se dan posteriores a la amenaza contra la autoestima y/o a la amenaza en contra la existencia o cualidad de una relación, siendo esas amenazas generadas por las percepciones de una atracción potencial o real entre la pareja de uno y un rival (quizá imaginario).

1.1.1.1 Definición Cognitivo-Conductual de los Celos

Los celos patológicos presentan manifestaciones clínicas en varios niveles, para Albuquerque & Soares, (citado por Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 2009) añade que en el plano emocional es frecuente la ansiedad y/o agresividad; en el nivel cognitivo, los pensamientos intrusivos relacionados con la infidelidad; y, en el nivel conductual, las demandas de seguridad o rituales compulsivos (motores y verbales) con el objeto de controlar al cónyuge. Estas percepciones y pensamientos distorsionados que realiza el sujeto acerca de sí mismo, del mundo y del futuro, lo llevan a desarrollar estados de ánimo disfuncionales como: los trastornos derivados de la ansiedad.

Por su parte, Hupka (citado por Ochoa, 1998) señala que la dinámica de los celos se define por la percepción subjetiva de una pérdida real o potencial de una persona amada, ante un rival real o imaginario, de esta manera, se puede decir que la situación de celos es un fenómeno cognitivo, psicológico y social. Por su parte, Ellis (citado por Ochoa, 1998) señala que los celos son emociones a las que se verán más

propensos los individuos que pertenecen a culturas que favorecen las filosofías monogámicas y románticas del sexo, del amor, y del matrimonio. Las culturas que tienden a propiciar celos son aquellas donde existe la idea de posesividad o de derechos de propiedad, donde las mujeres son evaluadas como tal, y donde los hombres tienen derechos patriarcales.

1.1.2 Características de los Celos

Bastin, (1972) acerca de los celos dice: que “son legítimos cuando uno de los miembros de la pareja justifica con su comportamiento los temores y los resentimientos del otro...” (p.71 y 72). Bastin (1972) agrega que a menudo son fruto de una construcción imaginaria, partiendo muchas de las veces de presunciones metamorfoseadas en donde interviene claramente la subjetividad de la persona celosa. Tales sentimientos se desarrollan en personas de yo débil, que carecen de confianza en sí mismas y andan en una búsqueda inconsciente y a la vez utópica de seguridad afectiva y de las garantías que le ofrece su pareja.

Otro aporte importante es que el ofrece Echeburúa&Fernández-Montalvo(2007) quienes al referirse a las características de los celos añaden que los mismos están condicionados por un sentimiento de propiedad, más que por un deseo erótico, por su naturaleza pasional es torna dificultoso identificar cuando son “normales” y cuando corresponden a una patología, sin embargo, la aparición de celos intensos refleja

frecuentemente la existencia de inseguridad personal que va a la par de un sentimiento de posesión sobre la pareja y un temor intenso por perderla.

Para Bastin (1972) “las personas celosas en su mayoría son posesivas, dominantes, y no porque sean fuertes, sino porque su agresividad parte de un mecanismo de defensa, siempre desarrollándose en un contexto sado-masoquista...” (p.71) entre otras cosas, hacen sufrir a su pareja, haciéndolo sentir culpable, de que él sienta celos, pero, al mismo tiempo, se complacen de manera inconsciente, conquistando a otras personas, por lo general podrían llegar a ser individuos infieles. Su comportamiento puede incluso caer en la obsesión, el mismo autor añade que los celos son más frecuentes en la mujer y añade que:

permanecen rígidamente fijadas sobre su propia visión de las cosas y son inaccesibles a la razón. Los raros momentos de lucidez, en cuyo transcurso advierten claramente y aceptan sus errores, van seguidos de nuevas crisis en las que zozobran en razón de una actividad susceptible e inquieta. (Bastin, 1972, p.72)

Bastin (1972) refiere en el caso de aquellas personas que padecen de celos, con el paso del tiempo se convierten en individuos aislados socialmente y mantenidos en una dependencia material y psíquica, son incapaces de encontrar en el mundo profesional y social derivaciones a sus excesos de sensibilidad o a sus decepciones amorosas justificadas. Un medio ambiente que infunda gran seguridad, puede sanar los casos más triviales. Cuando los celos cobran un sesgo neurótico, hacen sufrir incesantemente a los dos miembros de la pareja, con el consiguiente riesgo de disolverla.

Retomando a Echeburúa&Fernández-Montalvo(2007) en referencia a los episodios de celos, aportan que invariablemente se hace presente un miedo intenso por la pérdida de la pareja, profundo temor de quedarse solo afectivamente, vergüenza, humillación e incertidumbre de lo que va a pasar en el futuro.

1.1.2.1 Manifestaciones de los Celos

1.1.2.1.1 Manifestaciones Activas

Para el jurista colombiano Luna (1989) existen manifestaciones activas malignas y benignas de los celos. Dentro de las malignas encontramos a la «represión», que consiste en la eliminación de derechos del ser amado. También encontramos el «hostigamiento», que corresponde al emprendimiento de acciones que tiendan a disgustar a la persona amada. Podría además, presentarse la «agresión», que consiste en el empleo de vías de hecho, en el uso de la fuerza física para causar daño a la persona amada o al rival, se puede decir que es una especie de venganza por el agravio recibido. Finalmente está la «humillación», que comprende la realización de actos de ostentación y orgullo, que a su vez, hagan sentir mal o degraden al ser querido.

Dentro de las Benignas, se encuentran las: «concesión de garantías» que consiste, como su término lo indica, en el hecho de dar garantías no usuales en el trato

amoroso la persona celada, con el propósito de comprobar si realmente existe traición amorosa, también está la «superación», que tiene como objetivo fundamental, ofrecer mayores posibilidades al ser amado, a través de una mejor estructuración, ya sea física, económica o intelectual del celoso (Luna, 1989).

1.1.2.1.2 Manifestaciones Pasivas de los Celos

Luna (1989) afirma: “Las manifestaciones pasivas comprenden a tres subcategorías entre las que se encuentran la vigilancia, la súplica, el cambio de estado de ánimo y el silencio” (p.18). El primero de estos, la «vigilancia», consiste en hacer un seguimiento al amante, con el propósito de que éste no cometa ninguna falta amorosa. Es una medida preventiva que evitará una traición amorosa. La «súplica», es una actitud implorante que adopta el celoso tratando de despertar compasión hacia él por parte de su amante.

Otra manifestación es el «cambio de estado de ánimo» que en este caso experimenta el celoso, principalmente cambios de humor que no necesariamente están dirigidos a su pareja sino más bien a todo el que le rodea. El «silencio», finalmente, es una conducta que no hace daño a nadie, el celoso sufre en su interior, el daño es para sí mismo (Luna, 1989).

1.1.3 Definición de Celotipia

Canda Moreno (2002) explica que en la celotipia existe la creencia básica de un rival dentro del triángulo amoroso, dicha convicción está sostenida por falsas pruebas e interpretaciones peculiares, que llevan a continuas acusaciones, excesivas demandas sexuales o en algunos casos a la violencia y al homicidio, la celotipia podrían también describirse como un tipo de celos más intensos y desconectados de la realidad, pueden corresponderse con estructuras sadomasoquistas de la personalidad, y forman parte de la constelación psicótica paranoide; al sujeto le falta el rival porque sus celos se basan en fantasías.

La celotipia es una “pasión de los celos”...son celos patológicos que aparecen como una manifestación del temor a perder la estima de una persona, siendo, por tanto, expresión de una íntima inseguridad basada en su sentimiento de inferioridad, que cursa con manifestación de odio y agresión, con frecuencia violentas, está vinculado a la presencia a comportamientos vinculados al trastorno obsesivo compulsivo. (Canda Moreno, 2002, p.51)

1.1.3.1 Definición de Celotipia desde la Teoría Cognitivo-Conductual

Desde el enfoque que propone la Teoría Cognitivo-Conductual, los celos parten de ideas obsesivas. Stein y Hollander (2010) aclaran que: “el paciente que padece ideas obsesivas ligadas a los celos obsesivos, es incapaz de rechazar los pensamientos sobre infidelidad actual o pasada de su pareja, aunque no encuentre ninguna prueba de la infidelidad” (p.15 y 16). A lo que se puede añadir que por mucho que se esfuerce en evitar pensar en ello, estos pensamientos se dan de manera recurrente e

intensa. Causan malestar significativo y principalmente la presencia de ansiedad intensa. Las personas que padecen de celotipia tienen compulsiones muy particulares, por ejemplo: llamar repetidamente a su pareja, en ciertos casos, podrían hasta seguirla a escondidas.

Stein, D. y Hollander, E. (2010), opinan que: "...las distorsiones cognitivas se presentan la mayor parte de las veces en forma de pensamientos automáticos" (pag.133 y 134). Por esta razón, dichos pensamientos, tienden a ser irracionales, por ejemplo: (en una situación), si mi pareja no responde las llamadas a su celular. Los principales pensamientos automáticos son: Está hablando con su amante. Me está engañando. No me quiere atender. A continuación, se exponen algunos ejemplos de creencias irracionales que refuerzan la Celotipia.

- Es terrible que mi amor no sea correspondido (como tiene que ser) y eso hace que mi vida sea horrible. No puedo soportar que mi pareja no me quiera tanto como yo a ella/él.
- Dado que no he logrado que mi pareja me quiera como tendría que haber hecho soy una persona inadecuada e indigna de amor.
- Si mi pareja me deja nunca encontraré a nadie a quien amar y seré infeliz toda mi vida porque no puedo ser feliz sin un/a hombre/mujer.
- Si mi pareja me es infiel, los demás se reirán de mí y pensarán que soy un idiota total, y eso no podría soportarlo.(Hispanic Searching S.L., 2013)

En la Tabla 1, tomada de la Revista Electrónica de Psicología Iztacala (2009), elaborada por la Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Estudios Superiores Iztacala, titulada: "Tratamiento Cognitivo Conductual de los Celos en la Pareja", que a continuación se presenta, se expone una serie de situaciones

potencialmente ansiógenas y provocadoras de celos, para realizar una escala de malestar subjetivo, que va de cero a cien: cero, sin ansiedad, cincuenta, ansiedad media, y cien, ansiedad extrema.

Tabla 1: Situaciones que refuerzan las creencias irracionales

Situaciones que refuerzan las creencias irracionales	Malestar Subjetivo
Que su pareja salga sola.	10
Que su cónyuge mire mujeres / hombres atractivas/os en la T.V. o revista.	20
Que su pareja use ropa sexy.	30
Que su pareja viaje solo/a.	40
Que a su cónyuge la/lo miren en calle.	50
Que su pareja se reúna a comer con personas del sexo opuesto.	60
Que su cónyuge llame por teléfono a personas del sexo opuesto.	70
Que su pareja hable con personas del sexo opuesto.	80
Que su cónyuge haga comentarios favorables a personas del sexo opuesto.	90
Que su pareja abrace a personas del sexo opuesto.	100

Fuente: Revista Electrónica de Psicología Iztacala (2009).

Elaborado por: Espinel, Juan.

1.1.3.2 Criterio Diagnóstico de Celotíпия desde el DSM IV-TR

Para los manuales de Psiquiatría, los comportamientos celotípicos, o los celos patológicos, encajan dentro del apartado de las Esquizofrenias y otros Trastornos Psicóticos, específicamente dentro del Trastorno Delirante. Para que el Trastorno Delirante sea diagnosticado como tal, es necesario que cumpla ciertos criterios y pautas diagnósticas, las mismas que se exponen a continuación en la Tabla 2, y que fueron extraídas del DSM IV-TR, manual elaborado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2005).

Tabla 2: Criterios para el diagnóstico de F22.0 Trastorno delirante [297.1]

A. Ideas delirantes no extrañas (p. ej., que implican situaciones que ocurren en la vida real, como ser seguido, envenenado, infectado, amado a distancia o engañado por el cónyuge o amante, o tener una enfermedad) de por lo menos 1 mes de duración.
B. Nunca se ha cumplido el Criterio A para la esquizofrenia. Nota: En el trastorno delirante puede haber alucinaciones táctiles u olfatorias si están relacionadas con el tema delirante.
C. Excepto por el impacto directo de las ideas delirantes o sus ramificaciones, la actividad psicosocial no está deteriorada de forma significativa y el comportamiento no es raro ni extraño.
D. Si se han producido episodios afectivos simultáneamente a las ideas delirantes, su duración total ha sido breve en relación con la duración de los períodos delirantes.
E. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga o un medicamento) o a enfermedad médica.
Especificar tipo (se asignan los siguientes tipos en base al tema delirante que predomine):

Tipo erotomaniaco: ideas delirantes de que otra persona, en general de un status

superior, está enamorada del sujeto

Tipo de grandiosidad: ideas delirantes de exagerado valor, poder, conocimientos,

identidad, o relación especial con una divinidad o una persona famosa

Tipo celotípico: ideas delirantes de que el compañero sexual es infiel

Tipo persecutorio: ideas delirantes de que la persona (o alguien próximo a ella)

está siendo perjudicada de alguna forma

Tipo somático: ideas delirantes de que la persona tiene algún defecto físico o una

coenfermedad médica

Tipo mixto: ideas delirantes características de más de uno de los tipos anteriores,

pero sin predominio de ningún tema

Fuente: DSM IV-TR (2005).

Elaborado por: Espinel, Juan.

1.1.3.2.1 Indicadores de un Delirio

El psiquiatra Marchant (2005) en su tratado, explica que: “Lo que distingue a un delirio, es la presencia de una idea o creencia que ejerce una influencia excesiva en la vida del paciente, esta creencia es absurda, irracional, intensa y persistente, alterando la vida del paciente” (pag.251 y 252). De lo mismo se infiere que el individuo parece estar sin humor e hipersensible, especialmente respecto a su idea, simplemente acepta la idea, sin casi cuestionárselo.

Para Marchant (2005) otro indicador podría medirse si se intenta contradecir la creencia, es probable que levante una fuerte reacción emocional, a menudo con irritabilidad y hostilidad. La idea delirante ocupa una gran parte del tiempo del paciente. Es así que si se exterioriza el delirio, a menudo conduce a comportamientos anormales y fuera de lugar.

1.1.4 Variantes Celotípicos

1.1.4.1 Trastorno Delirante de Tipo Celotípico

Este subtipo se aplica cuando el tema central de la idea delirante es que el cónyuge o amante es infiel. “...esta creencia aparece sin ningún motivo y se basa en inferencias erróneas que se apoyan en pequeñas «pruebas» (p. ej., ropas desarregladas o manchas en las sábanas), que son guardadas y utilizadas para justificar la idea delirante” (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2005, p.308).

Es así, que el sujeto con la idea delirante referente a los celos, suele discutir con el cónyuge o amante e intenta intervenir en la infidelidad imaginada, “(p. ej., coartando la libertad de movimientos del cónyuge, siguiéndole en secreto, investigando al supuesto amante o agrediendo al cónyuge)” (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2005, p.308).

1.1.4.2 Celotípia por Trastorno Obsesivo Compulsivo

Volviendo a citar a Marchant (2005) señala que entre otras cosas que el Trastorno Obsesivo Compulsivo, también conocido como (TOC), puede generar gran sufrimiento e incapacidad en la persona que lo padece, caracterizados por una serie de pensamiento, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes, que son experimentados como intrusivos e inapropiados, generando así ansiedad y estrés marcadas, otra de las características importantes, es que la persona tiene conciencia de lo que le está afectando.

Estos pensamientos, impulsos e imágenes son preocupaciones excesivas sobre algún tema o problemas de la vida real, que la persona intenta ignorar o reprimir. La Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2005) explica que: “...en el caso de los comportamientos celotípicos, este pensamiento, imagen o impulso recurrente está dirigido hacia el hecho de que su pareja lo está engañando” (p.401).

Por su parte Marchant (2005) al referirse a las compulsiones, agrega que éstas son conductas repetitivas y excesivas (lavado de manos, ordenar, verificar) o actos mentales (rezar, contar, repetir palabras en silencio) que la persona siente que es llevada a realizar en respuesta a la obsesión, o de acuerdo a reglas que debe seguir al pie de la letra, “las conductas y actos siempre están dirigidos a prevenir o reducir el malestar, sin que éstas se apaguen a la realidad, es decir las conductas compulsivas en sí no calman ni neutralizan el malestar” (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2005, p.401).

Marchant (2005) destacaal “ritualismo” como otra característica a ser tomada en cuenta acerca del Trastorno Obsesivo, es ésta la persona siempre está ligada al pensamiento mágico. El paciente en realidad cree que pueden ocurrir catástrofes, sino ejecuta su ritual debidamente. Principalmente en él se destacan las dudas, falta de habilidad para tomar decisiones, además de una marcada inseguridad. Además añade que: “los síntomas obsesivo-compulsivos se caracterizan por ser repetitivos, reiterativos e invasivos, y penetran la mente, no pueden resistirse y son inútiles y sin sentido. Los contenidos más frecuentes de las obsesiones pueden ser: contaminación, morbidez, sexualidad, religiosidad.” (Marchat, 2005, p.252).

Las compulsiones por su lado son de dos tipos mentales o físicas, es decir ideatorias y motoras. Entre las primeras, las más comunes son: contar y dibujar. Entre las motoras están los rituales, el coleccionismo, lavarse las manos repetitivamente, mirarse al espejo durante horas, además de los llamados tics, escupir, aclarar la garganta, etcétera (Marchat, 2005). Finalmente el autor concluye que “el paciente obsesivo compulsivo tiene otros síntomas secundarios, entre los que destacan: La ansiedad, la depresión, fobias, perturbaciones sexuales, ciertos trastornos del lenguaje (minuciosidad) y alteraciones sensoperceptuales (pero que no hay que confundirlas con alucinaciones)” (Marchat, 2005, p.253 y 554).

Por su lado, Kaplan (2004) en su tratado de psiquiatría, expone que “Una forma de preocupación del pensamiento es la designada como, estados rumiativos obsesivos, es decir el rasgo central es la rumiación sobre un tema o un problema de carácter

religioso, filosófico o sexual” (p.234). Se consideran los pros y los contras de las consideraciones y junto a él se desarrolla un autodiálogo interior prolongado, sin frutos e inconcluyente, lleno de dudas y de desesperación. Lo que sin duda, en el caso del celoso, refuerza las ideas de engaño con sus esperadas consecuencias.

1.1.5 Origen de los Celos y la Celotipia

Son diversos los criterios de los autores, acerca de la génesis, tanto de los celos, como también, de la celotipia, a continuación, se expondrá el criterio a partir de la teoría cognitivo-conductual, seguidamente, y a manera de contraste, se describirá lo que el psicoanálisis propone.

1.1.5.1 Origen Cognitivo-Conductual de la Celotípia

Desde el punto de vista cognitivo, se ha relacionado el aparecimiento de las distorsiones cognitivas con las falacias lógicas, tomando en cuenta el criterio de Reidl (citado por Ochoa, 1998) son el resultado de una falla en el manejo de los procesos de información, y por tanto, se vincula a la racionalidad y a alteraciones del pensamiento crítico. Haciendo un resumen histórico, acerca de cómo las distorsiones cognitivas, han intervenido en nuestra cultura y por ende, en el aparecimiento de las falacias lógicas, el mismo Reidl (citado por Ochoa, 1998) expone que:

en los días en que el padre era el único que llevaba el sustento al hogar, se insistía en la castidad de la mujer. El hombre tenía que saber que los hijos eran suyos. El lugar de “la

mujer era el hogar”, principio absoluto aceptado por hombres y mujeres por igual. La virginidad y la monogamia acallaban la ansiedad acerca de posibles comparaciones con un nivel más lujurioso y desconocido. (p.44)

Ibíd. (citado por Ochoa, 1998) agrega que las mujeres reforzaron y mantuvieron vigente este pensamiento erróneo a través de los años. Perdonaron al hombre su error ocasional, ya que se juzgaban a sí mismas y a las demás mujeres con firme dureza. Los hombres debían estar en libertad -emocional y práctica- para construir al país.

A través de la historia, la infidelidad sexual de la mujer ha sido castigada más duramente que la de los hombres, yendo desde un aislamiento social y el destierro hasta la muerte, e incluye la práctica de los indios norteamericanos de amputar la nariz de la esposa infiel”. Ibid (citado por Ochoa, 1998)

Desde otra postura, esta vez la de Lazarus y cols. (citado por Ochoa, 1998) se concibe al individuo como un organismo evaluador, que busca en el ambiente aquellos indicadores que le señalan lo que desea o necesita, evaluando cada entrada de información respecto a su relevancia y significancia, esta evaluación está determinada por los valores culturales de la sociedad en cuestión y éstos, en última instancia, influyen en la reacción subjetiva y en la conducta observable del individuo. De esta manera, se puede decir que existe un proceso cognoscitivo mediador entre un evento en particular y la reacción que se da ante el mismo.

Según Lazarus y cols. (citado por Ochoa, 1998) la situación de celos consiste en:

Una evaluación particular de un evento social que es percibido por el sujeto como señalándole que él o ella ha perdido o puede perder, una pareja deseada frente a un rival. La

composición social del evento involucra a tres individuos: al celoso, al rival y a la pareja con la que, el celoso está tratando de mantener una relación en presencia de las aproximaciones del rival o el interés que la pareja pueda tener en el rival. Este rival puede ser real o imaginario, puede ser una persona, o el interés en una carrera o pasatiempo. (p.45)

1.1.6 Dinámica de los Celos y la Celotípa

No hay que dejar de lado el hecho de que los celos, son propios del ser humano, y que en su carácter normal consisten en una preocupación por la posible pérdida de una persona amada, la dinámica, se refiere a todo el proceso, los ciclos y el funcionamiento, estudiado desde los enfoques cognitivo conductual y psicoanalítico, que se genera alrededor de la problemática de los celos y que a continuación será expuesta.

1.1.6.1 Dinámica de los Celos según la Perspectiva Cognitivo-Conductual

Como ya se ha expuesto anteriormente, la otra concepción acerca de los celos, es que éstos parten de ideas obsesivas, por esta razón se los vincula directamente con los trastornos neuróticos, llamados también trastornos de ansiedad, específicamente al trastorno de tipo obsesivo-compulsivo. Para Caballo (2008) las obsesiones son ideas, pensamientos, impulsos o imágenes de carácter persistente que el individuo considera intrusas e inapropiadas y que provocan un malestar significativo. El individuo que tiene obsesiones intenta con frecuencia ignorar o suprimir estos pensamientos o bien neutralizarlos mediante otras ideas o actividades, es decir, compulsiones. Partiendo de la teoría Cognitivo-Conductual, y desde el criterio de

Caballo, existen un sinnúmero de distorsiones cognitivas, y dentro de la dinámica de la celotipia, se han identificado 3, las mismas que a continuación serán expuestas.

1.1.6.1.1 Magnificación y Minimización

Dentro de la “magnificación y la minimización” Caballo (2008) agrega que existen tres distorsiones cognitivas el catastrofismo, la negación y el negativismo, la primera de ellas se define como la tendencia a percibir o esperar catástrofes sin tener motivos razonables para ello. En el caso de la celotipia, por ejemplo, si su pareja llega tarde a casa, el celoso cree, que ésta, la está traicionando. Es claro que estas distorsiones son el mejor camino para desarrollar la ansiedad, la preocupación y el miedo a vivir.

La negación por su parte es la tendencia a negar nuestros problemas, debilidades o errores. Es la actitud opuesta de las exigencias o el catastrofismo, se concreta en pensar “no me importa”, “me da igual”, “paso”, “no me ocurre nada”. Este mecanismo, funciona en reacción ante la pareja, el celoso intenta esconder sus celos intensos, mostrando comportamientos quemeimportistas frente a la pareja. (Caballo, 2008, p. 261)

Finalmente Caballo (2008) afirma que en el negativismo se agrandan las cosas negativas y no se perciben o se desvalorizan las positivas en uno o en los demás. Una forma característica del negativismo es la realización de presagios y predicciones negativas: “seguro está con otra persona”, “no me contesta el teléfono porque me está engañando”.

1.1.6.1.2 La Sobregeneralización

Es la tendencia a creer que si ha ocurrido algo una vez, ocurrirá otras muchas veces. La persona que padece de celotipia, tiende a tomar casos aislados y generalizar una conclusión válida para todo, por ejemplo: si me han engañado alguna vez, “siempre me van a engañar” (Caballo, 2008).

1.1.6.1.3 Culpabilidad y Sesgo Confirmatorio

Caballo (2008) añade que la primera de ellas, consiste en, culpabilizar a los demás de los problemas propios, o por el contrario culparse a sí mismo de los problemas ajenos. En las personas celotípicas, se puede dar el caso en el que el celoso se sienta culpable, por la supuesta infidelidad de su pareja, aumentando así los niveles de ansiedad. Por ejemplo: “yo tengo la culpa, por no ser un buen esposo”. Finalmente, la tendencia a sesgar la realidad, tanto en percepción como en valoración, para que encajen con ideas preconcebidas. Esta sería pues, la idea central de la celotipia, ya que, en la persona celosa, existe un conflicto con la realidad. Percibe los comportamientos de su pareja, como posibles engaños.

1.2 Variable Dependiente: Trastornos de Ansiedad

1.2.1 Definición de Ansiedad

Para la American Psychological Association (2010) la ansiedad se define como: “un tipo de sensación o respuesta desproporcionada a una amenaza vaga y no identificada, que se caracteriza por la aprensión y síntomas somáticos en que un individuo anticipa el peligro” (p.401). El cuerpo reacciona ante la amenaza percibida: los músculos se tensan, el corazón late con mayor rapidez y la respiración se acelera.

Para otro diccionario de Psicología, esta vez el de Consuegra Anaya (2007) la ansiedad se presenta frente a cualquier amenaza percibida, sea esta físicamente real, psicológicamente molesta o imaginaria, en este sentido, la ansiedad se manifiesta de tres maneras, la primera tiene que ver con lo cognitivo (pensamientos, ideas), fisiológico (sudoración, mareo) y motor (acciones como la evitación, pelea, huida).

1.2.1.1 Ansiedad desde la Teoría Cognitiva-Conductual

Para explicar la ansiedad desde la teoría Cognitiva-Conductual, es necesario detenerse nuevamente en lo que aporta Stein y Hollander (2010) quienes definen a la ansiedad, como un estado emocional tenso, caracterizado por una diversidad de síntomas propios del sistema simpático, como dolor torácico, palpitaciones y disnea; un estado poco placentero y doloroso de la mente que anticipa algún mal, la

aprensión o el miedo patológicos, las dudas propias sobre la naturaleza y el peligro. Es así que desde la perspectiva Cognitiva, la ansiedad es la percepción del individuo a nivel incorrecto, estando basada en falsas premisas.

1.2.2 Trastornos de Ansiedad asociados a la Celotúpia

1.2.2.1 Definición de Trastornos de Ansiedad

APA (2010) en su diccionario de psicología, agrega lo siguiente: “Trastorno de ansiedad es un término general que abarca varias formas diferentes de un tipo de enfermedad mental, caracterizada por miedo y ansiedad anormal y patológica” (p.73). El diccionario APA además, adosa que los trastornos de ansiedad son un grupo de trastornos cuyo tema organizador central es el estado emocional de temor, preocupación o aprehensión ansiosa. Tienen un curso crónico, con altibajos en la intensidad y se encuentran entre los problemas más comunes de la salud mental.

APA (2010) concluye añadiendo que dichos trastornos abarcan él: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico (con o sin agorafobia), trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo, fobia social, trastorno fóbico, otros trastornos de ansiedad no especificados o producidos por el consumo de sustancia

1.2.2.2 Trastornos de Ansiedad desde el modelo Cognitivo-Conductual

Stein y Hollander (2010) acerca de los trastornos de ansiedad desde la teoría cognitivo conductual, dicen que aunque la ansiedad es una experiencia humana universal, en otras palabras, una emoción humana corriente, el rasgo característico del paciente ansioso es la percepción de una amenaza poderosa y la activación de los elementos fisiológicos asociados cuando no existe un problema real. Es por ello, que las personas que padecen de un trastorno de ansiedad reaccionan a la amenaza pese a su inexistencia.

El miedo, para la especie humana, es una respuesta emocional de carácter adaptativo, es decir, un mecanismo de supervivencia, cuando la evocación de la ansiedad ante una percepción errónea o exagerada de peligro se considera un defecto de adaptación. Por esta razón las personas con trastorno de ansiedad tienden a emitir falsas alarmas que crean un estado constante de activación emocional, tensión y malestar subjetivo (Stein y Hollander, 2010).

Stein y Hollander (2010) concluyen diciendo que “Desde la perspectiva cognitiva, los trastornos de ansiedad se refieren a la percepción del individuo a nivel incorrecto, estando basada en falsas premisas. La ansiedad se convierte en una emoción que impide que las personas tengan una respuesta adaptativa” (p.133 y 134). Esta situación ocurre cuando las personas experimentan una ansiedad desproporcionada con respecto a una situación determinada o una ansiedad innecesaria al no existir un peligro real e inminente (percepción del individuo a nivel incorrecto).

Las consecuencias a nivel cognitivo, como lo explica, Flores (2009) son los siguientes: pensamientos distorsionados e irreales (anticipación de peligros, percepción de falta de recursos para enfrentarlos, magnificación del peligro, percepción de falta de control, etc.). Dificultades en la atención, concentración y memoria. Dificultad para tomar decisiones. Dificultad para pensar con claridad y pensamiento desorganizado.

1.2.3 Clasificación de los Trastornos de Ansiedad

Stein, D. y Hollander, E. (2010), hoy en día se reconocen 12 categorías formales de Trastornos de Ansiedad, entre ellas están: el ataque de pánico, el trastorno de angustia sin agorafobia, trastorno de angustia con agorafobia, agorafobia sin historia de trastorno de angustia, fobia social, fobia específica, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático, trastorno de estrés agudo, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, trastorno de ansiedad inducido por sustancias y trastorno de ansiedad no especificado.

A continuación, en la Tabla 3, se expondrán los nombres de todos los trastornos de ansiedad que se conocen actualmente, además se añadirán sus principales criterios y características diagnosticadas, la presente tabla, que fue extraída del DSM IV-TR, manual elaborado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2005).

Tabla 3: Principales Características de los Trastornos de Ansiedad

Trastornos de Ansiedad	Principales características
La crisis de angustia (panicattack):	Aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, sensación de muerte inminente. Falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a volverse loco o perder el control.
Trastorno de Angustia:	Crisis de angustia inesperada y recidivante, acompañadas por aprensiones cognitivas erróneas y una preocupación o inquietud persistentes acerca de nuevas crisis o consecuencias.
Trastorno de Angustia con Agorafobia:	Cumple los criterios del trastorno de angustia y Agorafobia (miedo/evitación de situaciones en las que pueden sobrevenir crisis de angustia).
Agorafobia sin Historia de Trastorno de Angustia:	Aparición de agorafobia en relación con el temor de desarrollar síntomas similares a la angustia (p. ej., mareos o aumento del ritmo cardíaco). Nunca se han cumplido los criterios diagnósticos del trastorno de angustia.
Fobia Social	Miedo/evitación acusados de situaciones sociales por la situación de sentirse humillado o avergonzado.
Fobia Específica:	Miedo/evitación de objetos o situaciones circunscritas (alturas, lugares cerrados, animales)
Trastorno de Ansiedad Generalizada	Preocupación crónica, excesiva e incontrolable por una serie de acontecimientos o activaciones (rendimiento laboral, finanzas).
Trastorno Obsesivo Compulsivo	Pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes que se experimentan como intrusos (dudas excesivas, pensamientos de

	contaminación), además se presentan comportamientos o actos mentales repetidos, con la intención de reducir el malestar o “neutralizan” la obsesión.
Trastorno de Estrés Postraumático:	Repetición persistente de la vivencia (pesadillas, imágenes retrospectivas), acompañados por un malestar o evitación de estímulos asociados con la exposición previa al estrés extremo (violación, combate).
Trastorno de Estrés Agudo:	El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente (imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones). Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).
Trastorno de Ansiedad debido a Enfermedad Médica y Trastorno de Ansiedad Inducido por Sustancias:	En los dos casos se cumplen los criterios para el diagnóstico de Trastorno de ansiedad, pero se deben a la influencia de enfermedades (arritmia, hipoglicemia) o el consumo de sustancias (alcohol, canábicos).
Trastorno de Ansiedad no Especificado:	Es una categoría residual, que se usa cuando, habiendo síntomas de ansiedad o evitación fóbica importantes, no se reúnen los criterios suficientes para alcanzar el diagnóstico en alguna de las demás categorías de trastorno de ansiedad.

Fuente: DSM IV-TR (2005).

Elaborado por: Espinel, Juan.

Muchos de los trastornos de ansiedad comprenden procesos constituyentes, entre ellas la aprensión a objetos, situaciones o acciones protectoras o reductoras de la ansiedad, y desde este punto solamente difieren en el contenido o foco de la

aprensión. Debido a la relación y su incidencia directa con el objeto de estudio de la presente investigación, en este caso, los comportamientos celotípicos, a continuación se tratarán solamente los siguientes trastornos: Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastorno de Angustia sin Agorafobia (DSM IV-TR, 2005).

1.2.3.1 Trastorno de Ansiedad Generalizada

1.2.3.1.1 Definición de Trastorno de Ansiedad Generalizada

Para Stein y Hollander (2010) el trastorno de Ansiedad Generalizada es un estado ambivalente crónico, pero de difícil diagnóstico y diferenciación ya que comparte muchas características, signos y síntomas con los demás trastornos de ansiedad y enfermedades asociadas, no es raro que algunos expertos lo consideren como una subcategoría, para los presentes autores el síntoma central de este trastorno es la ansiedad crónica, la preocupación se experimenta como un conjunto de pensamientos e imágenes cargados de afectividad negativa y relativamente incontrolables. Se caracteriza por un patrón de preocupación y ansiedad frecuente y persistente respecto de una variedad de eventos o actividades.

Hay que aclarar que los síntomas deben extenderse al menos por 6 meses para poder efectuar el diagnóstico. “La gente que la padece siempre suelen augurar desenlaces negativos. Puede además tener problemas de concentración y dificultades para

conciliar el sueño (siendo el primero que se afecta en cualquier trastorno”. (Stein y Hollander,2010, p.134).

1.2.3.1.2 Criterios para el diagnóstico del Trastorno de Ansiedad Generalizada

A continuación, en la Tabla 4, se presentan los síntomas y signos, que constituyen los criterios necesarios para que se cumpla el diagnóstico del Trastorno de Ansiedad Generalizada, la presente tabla, que fue extraída del DSM IV-TR, manual elaborado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2005).

Tabla 4: Criterios para el diagnóstico de F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada [300.02]

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses. B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación. C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas: (1) inquietud o impaciencia (2) fatigabilidad fácil (3) dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco (4) irritabilidad (5) tensión muscular

(6) alteraciones del sueño

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p.ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo o, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo

Fuente: DSM IV-TR (2005).

Elaborado por: Espinel, Juan.

1.2.3.1.3 Sintomatología del Trastorno de Ansiedad Generalizada

Stein y Hollander (2010) acerca de los síntomas del trastorno de ansiedad generalizada, dice lo siguiente, “Los síntomas de esta patología son numerosos, la tensión motora, la hiperactividad vegetativa e hiperventilación son los primeros signos que aparecen” (p.138). Stein y Hollander (2010) además agregan que los

pacientes padecen inquietud, incapacidad para relajarse y fatiga, además de la tensión muscular que produce cefaleas y dolores musculares crónicos en el hombro, el cuello y la zona lumbar, reconociendo a la preocupación patológica como el principal rasgo de este trastorno, destacándose además un mayor número de áreas de preocupación, en relación a otros trastornos de ansiedad.

Las preocupaciones de las que es víctima un paciente con trastorno de Ansiedad, tienen que ver con inquietudes o temas que comparten con las personas que no poseen un trastorno de ansiedad, por ejemplo: a las relaciones familiares e interpersonales, al trabajo, a la escuela, la economía, etc. (Stein y Hollander, 2010, 138)

El contenido manifiesto de estas preocupaciones carece de relevancia y sirven como mecanismo distractor de los verdaderos problemas que padece el paciente. Finalmente se concluye que los pacientes invirtieron en sus preocupaciones hasta un 60% del día, el porcentaje más elevado dentro de los trastornos de ansiedad. La exposición temprana a acontecimientos traumatizantes de tipo emocional aparece como una de las principales causas para el surgimiento de este trastorno (Stein y Hollander, 2010).

1.2.3.1.4 Evolución y Curso del Trastorno de Ansiedad Generalizada

Stein y Hollander (2010) con referencia a la evolución y curso del Trastorno de Ansiedad Generalizada consideran que la evolución del trastorno de ansiedad es crónica, con fluctuaciones de su intensidad y de los patrones sintomáticos. Generalmente comienza a los 20 años, por la particularidad del trastorno existen casos en los que la enfermedad comienza a los 60 años, algunos investigadores

opinan que los primeros síntomas se ven a la edad de 10 años. La intensidad de este trastorno depende de la comorbilidad con otros trastornos, además de los factores ambientales, sociales y la duración de la enfermedad.

Stein y Hollander (2010) afirman que: “El trastorno es de inicio precoz, suele establecerse de forma más gradual se puede, además, acompañar de depresión y de otros trastornos, desencadenándose en una evolución más crónica” (p.213). Es por eso que son comunes los antecedentes de miedos infantiles, de conducta inhibida y problemas escolares.

1.2.3.2 Trastorno Obsesivo Compulsivo

1.2.3.2.1 Definición de Trastorno Obsesivo Compulsivo

Para Stein y Hollander (2010) el Trastorno Obsesivo-Compulsivo es un síndrome debilitante que principalmente, se caracteriza por dos fenómenos distintos pero que guardan estrecha relación: las obsesiones y las compulsiones. Se caracteriza también por el gran retraso en su diagnóstico y tratamiento. El Trastorno Obsesivo-Compulsivo es además, una patología que representa una carga de sufrimiento e incapacidad para los pacientes y sus familias. Marchant (2005) acota que: “Dicha patología presenta varias dificultades diagnósticas y es propio del trastorno que los pacientes la oculten durante años o no lleguen a reconocerla como un padecimiento” (p.251).

El Trastorno Obsesivo-Compulsivo, a diferencia de la mayoría de trastornos no se desencadena de forma precipitada, sino más bien, se comporta como un verdadero desarrollo, ya que la mayoría de sus síntomas suelen estar profundamente relacionados con la personalidad del sujeto. Este vínculo directo con la personalidad se manifiesta en la dificultad que tiene el paciente y sus familias para reconocer el momento en el que una simple “manía” se convierten en un síntoma que interfiere con el funcionamiento cotidiano y en el rendimiento laboral y académico. (Marchant, 2010).

1.2.3.2.2 Criterios Diagnóstico del Trastorno Obsesivo-Compulsivo

Para que el Trastorno Obsesivo-Compulsivo, sea diagnosticado como tal, es necesario que cumpla ciertos criterios y pautas diagnósticas, las mismas que se exponen a continuación en la Tabla 5, y que fueron extraídas del DSM IV-TR, manual elaborado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2005).

Tabla 5: Criterios para el diagnóstico de F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo [300.3]

A. Se cumple para las obsesiones y las compulsiones:

Las obsesiones se definen por (1), (2), (3) y (4):

(1) pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos.

(2) los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.

(3) la persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.

(4) la persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción del pensamiento)

Las compulsiones se definen por (1) y (2):

(1) comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.

(2) el objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir o bien resultan claramente excesivos

B. En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas o irracionales.

Nota: Este punto no es aplicable en los niños.

C. Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

D. Si hay otro trastorno del Eje I, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranque de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por

estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

E. El trastorno no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Especificar si:

Con poca conciencia de enfermedad: si, durante la mayor parte del tiempo del episodio actual, el individuo no reconoce que las obsesiones y compulsiones son excesiva o irracionales.

Fuente: DSM IV-TR (2005).

Elaborado por: Espinel, Juan.

1.2.3.2.3 Sintomatología del Trastorno Obsesivo Compulsivo

Marchant (2005) acerca de los síntomas del Trastorno Obsesivo-Compulsivo agrega que dicha patología se define por un sinnúmero de síntomas, pero se destacan principalmente las obsesiones que son ideas, imágenes o pensamientos que tienen el carácter de intrusos, inapropiados y molestos. Y las compulsiones que son comportamientos reiterados para disminuir la ansiedad. Es fundamental destacar que el paciente sufre sus síntomas, realmente reconoce que estos exceden los hábitos normales y producen un nivel de deterioro en la vida cotidiana.

Otra característica del pensamiento obsesivo es el pensamiento mágico, que tiene relación con sus rituales, es decir, el paciente siente que puede producirse una catástrofe sino ejecuta su ritual de conjuración en el orden y forma correcta. Los pensamientos del paciente obsesivo, además, son de carácter intrusivo, no deseado y

persistente, el trastorno también implica dudas, falta de habilidad para tomar decisiones que interfieren en el funcionamiento hasta impedirlo (Marchant, 2005).

Ibíd. (2005) señala que en el trastorno destacan la inseguridad y la duda como dos síntomas elementales, es decir que todos los esfuerzos del paciente están dirigidos a lograr la certeza con respecto a algo, sin lograrlo jamás. En la búsqueda de la certeza el paciente podría lavarse las manos varias veces al día, darse baños prolongados que demandan gran cantidad de tiempo, dobles verificaciones como revisar si cerraron la puerta varias veces, etc.

Ibíd. (2005) finalmente agrega cuatro características fundamentales que van a invadir la vida del paciente con TOC: la ansiedad, la duda, la repetición y el perfeccionismo. Por otro lado, Stein y Hollander (2010) opinan que las categorías de la obsesión son: agresiva, sexual, religiosa, somática, simétrica, contaminación, acaparamiento, morbidez, religiosidad, y por supuesto, la celotipia. Mientras que las principales categorías de las compulsiones son: comprobación, ordenamiento y arreglo, recuento, rituales de repetición, limpieza, acaparamiento, etc.

La obsesión más común es el temor a la contaminación, seguida de la duda patológica, las obsesiones somáticas y la necesidad de simetría. Mientras que la compulsión más habitual es la comprobación seguida del lavado, recuento, la necesidad de preguntar o confesar y la simetría y precisión. (Stein y Hollander, 2010, p.221)

Subtipos de Trastorno Obsesivo Compulsivo

Para Stein y Hollander (2010) en su tratado de los trastornos de ansiedad, se destacan los siguientes subtipos de trastorno obsesivo compulsivo: de contaminación, la duda

patológica, la necesidad de simetría, las obsesiones somáticas, las obsesiones sexuales y agresivas, las mismas que van a ser descritas a continuación.

Las “obsesiones de contaminación” son las más frecuentes, y suelen caracterizarse por el temor a la suciedad. Este miedo a la contaminación también incluye toxinas, riesgos de carácter ambiental, desechos o secreciones corporales, por miedo a la propagación o adquisición de alguna enfermedad, no tanto por el miedo al padecimiento, sino, por el temor a no encontrarse limpio. Muchos pacientes con este tipo de temor, recurren a la evitación para prevenir el contacto con los factores contaminantes, además la estructura amenazadora es similar a la de las fobias, es decir, con la precipitación de un desencadenante externo concreto, mucha ansiedad, y un marco cognitivo bien desarrollado y coherente(Ibíd., 2010).

El lavado es la compulsión más común en las obsesiones de contaminación. La compulsión suele darse tras el contacto con el objeto que genera temor y tan solo basta la proximidad al estímulo para generar una intensa ansiedad y compulsiones de lavado, seguido por intensos rituales de lavado hasta llegar a ducharse prolongadamente o a lavarse el mismo número de veces el brazo izquierdo y el derecho(Ibíd., 2010).

Los pacientes con “duda patológica” son presas de la preocupación de su responsabilidad frente a acontecimientos catastróficos por temor a haber cometido un descuido, por ejemplo dejar prendida la estufa. Estos pacientes suelen dudar de sus propias percepciones. Esta duda excesiva y sus sentimientos de enorme responsabilidad crean rituales de comprobación. También pueden generar conductas

de evitación, al asilarse en su hogar para evitar la responsabilidad de salir de su casa (Ibíd., 2010).

La “necesidad de simetría” es un impulso que lleva a ordenar o disponer “perfectamente” todos los objetos, lleva a la persona a realizar determinados movimientos con una secuencia exacta o a ejecutar ciertas conductas de forma simétrica o equilibrada. Tienen una necesidad imperiosa de repetir actos motores hasta alcanzar la sensación adecuada de que el acto se ha completado correctamente(Ibíd., 2010).

Por su parte las “obsesiones somáticas” son miedos irracionales y persistentes a sufrir una enfermedad grave y potencialmente mortal, pero con ciertas diferencias con los trastornos como la hipocondría y la depresión, diferenciándose porque los pacientes con trastorno obsesivo suelen manifestar otras obsesiones clásicas, como la comprobación y no suelen experimentar síntomas somáticos o viscerales de la enfermedad. Los pacientes suelen centrarse en una enfermedad a la vez y no en un conjunto de padecimientos, tienen miedo a contraer cáncer o alguna enfermedad venérea que se asocia a compulsiones de comprobación de la región corporal afectada(Ibíd., 2010).

Los pacientes con “obsesiones sexuales y agresivas” se ven asaltados por temores a cometer un acto sexual no consentido, como tocamientos, o a dañar a otras personas. No solo tienen temor a cometer ese tipo de actos desagradables en el futuro, sino también, de haberlos cometido ya. Se sienten horrorizados por el contenido de sus obsesiones y se resisten a divulgarlas. Los pacientes suelen efectuar rituales de

comprobación y confesión. Muchas de las veces buscan a sacerdotes o acuden a la policía para confesar sus delitos imaginarios, estos pacientes divulgan sus actos a otras personas en búsqueda de que los demás los tranquilicen. La culpa y la ansiedad son los síntomas afectivos dominantes, los pacientes piensan que deberían estar en prisión por sus pensamientos. Recurren regularmente a la evitación y a rituales como la oración(Ibíd., 2010).

1.2.3.2.4 Evolución y Curso del Trastorno Obsesivo Compulsivo

Stein y Hollander (2010) acerca de la evolución y curso del Trastorno Obsesivo-Compulsivo añaden lo siguiente: “La evolución es típicamente crónica, con ciertas fluctuaciones de la intensidad de los síntomas a lo largo del tiempo. La depresión suele ser el trastorno más común en el cual desembocan los pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo” (p.254). Seguidamente pos su intensidad el trastorno evolucionaría en subtipos, como el continuo, fluctuante, progresivo y con remisiones completas entre los episodios.

En el Trastorno Obsesivo-Compulsivo, los patrones evolutivos se modifican, concluyendo en una ausencia completa de obsesiones y compulsiones, ausencia de cambios o empeoramiento de los síntomas, mejoría intensa de los síntomas con una actividad global pobre. Por otro lado la duración del trastorno, excede los 15 años, destacándose cuadros más intensos en hombres que en mujeres. El comienzo del Trastorno Obsesivo-Compulsivo, generalmente se da en la adolescencia o en la edad adulta joven. (Stein y Hollander, 2010).

Para concluir, añadiremos el criterio de Kaplan (2004) quien al referirse a los síntomas, agrega lo siguiente:

Los síntomas aparecen por primera vez, en el 60% de los pacientes aproximadamente sobre los 25 años, en el otro tercio de la población suele presentarse antes de los 10 años. En menos del 5% de los pacientes, los síntomas empiezan por primera vez después de la cuarta década de vida. (p.237)

Kaplan (2004) concluye que los pacientes que han recibido algún tratamiento, solo en un 25% se encuentran con una mejoría considerable, es decir sus síntomas han disminuido, hasta el punto que es capaz de trabajar y funcionar socialmente. El 50% se encuentra en un proceso de mejora, siguen en un curso fluctuante, con largos periodos de remisión completa con todos los síntomas de la enfermedad. El 50% restante, se encuentra igual o peor. En general se puede decir que este trastorno es crónico, que a menudo sigue un curso de recaídas.

1.2.3.3 Trastorno de Angustia sin Agorafobia

1.2.3.3.1 Definición del Trastorno de Angustia sin Agorafobia

Marchant (2005) al describir al Trastorno de Angustia sin Agorafobia aporta lo siguiente: “la aparición temporal y aislada de miedo pavoroso o terror, que se inicia bruscamente y en el que se tiene miedo a consecuencias catastróficas como morir, perder la cabeza, tener un ataque al corazón” (p.261 y 262). Para Stein y Hollander (2010) el trastorno de angustia sin agorafobia es una patología frecuente, desagradable y en la mayoría de los casos invalidante para el que lo padece. Estos

últimos dos autores añaden que: Los pacientes experimentan crisis recurrentes e inesperadas de angustia, seguidas por al menos un mes de inquietudes persistentes, acerca de la posibilidad de sufrir nuevas crisis, es decir ansiedad anticipatoria.

Otro de los síntomas son las preocupaciones por las implicaciones de la crisis, acompañados de un cambio significativo en el comportamiento, es decir, mecanismos como la evitación. Para que sea considerado como trastorno de angustia, las crisis no debe obedecer a los efectos fisiológicos de una sustancia o de un trastorno médico, tampoco explicarse mejor por episodios de ansiedad asociados a otros trastornos psiquiátricos como la fobia social, la fobia social, y por supuesto, la ausencia de agorafobia (Stein y Hollander, 2010).

Añaden además que estos ataques pueden darse en situaciones concretas o sin que haya una situación o estímulo definido que lo dispare, y al menos una de estas crisis se ha seguido durante un mes o más. Además uno de los síntomas más temidos y malinterpretados es la hiperventilación. Se produce porque, al sentir ansiedad, el organismo se prepara para dar una respuesta de lucha o huida (Marchant, 2005).

Para finalizar Stein y Hollander (2010) añaden que existe una variación en las crisis, a la que se la denomina: “crisis limitadas”, estas adquieren este nombre porque, los pacientes sufren menos de 4 síntomas de los 13 especificados en el DSM IV-TR. A las crisis que cumplen la mayoría de los síntomas se las conoce por: “crisis íntegras”, también existe un gran número de pacientes, los cuales sufren la combinación de ambas.

1.2.3.3.2 Criterios para el diagnóstico del Trastorno de Angustia sin Agorafobia

A continuación, en la Tabla 6 se expondrán los síntomas y signos, que constituyen los criterios necesarios para que se cumpla el diagnóstico del Trastorno de Angustia sin Agorafobia, la presente tabla, que fue extraída del DSM IV-TR, manual elaborado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2005).

Tabla 6: Criterios para el diagnóstico de F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia [300.01]

A. Se cumplen (1) y (2):

(1) crisis de angustia inesperadas recidivantes.

(2) al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas:

(a) inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis.

(b) preocupación por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (por ej., perder el control, sufrir un infarto de miocardio, «volverse loco»)

(c) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.

B. Ausencia de agorafobia.

C. Las crisis de angustia no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

D. Las crisis de angustia no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo fobia social (p. ej., aparecen al exponerse a situaciones sociales temidas), fobia específica (p. ej., al exponerse a situaciones fóbicas específicas), trastorno

obsesivo-compulsivo (p. ej., al exponerse a la suciedad cuando la obsesión versa sobre el tema de la contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., en respuesta a estímulos asociados a situaciones altamente estresantes), o trastorno por ansiedad de separación (p. ej., al estar lejos de casa o de los seres queridos)

Fuente: DSM IV-TR (2005).

Elaborado por: Espinel, Juan.

1.2.3.3.3 Sintomatología del Trastorno de Angustia sin Agorafobia

La Sociedad Española de Psiquiatría (2010) con referencia a los síntomas del Trastorno de Angustia sin Agorafobia, dice lo siguiente: “El síntoma básico de este trastorno es la crisis de angustia. Se trata de episodio de angustia intolerable, de comienzo brusco e inadvertido, de breve duración y de carácter espontáneo, tampoco está ligado a sucesos identificables en el entorno” (p.292). Los síntomas característicos se componen de sentimientos de aprensión, miedo o terror, junto a manifestaciones físicas como síntomas cardiovasculares o respiratorios, mareo, sudoración, temblor, escalofríos, etc. Habitualmente, el inicio de la crisis, hasta llegar a su apogeo con todos sus síntomas, no dura más de 10 minutos y el episodio oscila entre varios y minutos y algunas horas hasta terminar con un estado de cansancio físico y mental(Sociedad Española de Psiquiatría, 2010).

Ibíd. (2010) finalmente agrega que: aunque la crisis de angustia puede tener lugar inicialmente durante periodos de estrés, también podrían darse en plena calma, muchos pacientes, para descubrir la causa y evitar futuras recaídas, asocian la crisis de angustia con el marco en donde tuvo lugar, por lo tanto, lo evitan. Tras la primera crisis, surgen otras cuya aparición se hace de forma caprichosa con síntomas muy

parecidos a los de la primera crisis. “El paciente crea un estado de ansiedad anticipatoria, producto de miedo a sufrir otras crisis, es así que un porcentaje elevado de pacientes surge una conducta de evitación fóbica” (Sociedad Española de Psiquiatría, 2010, p.445).

1.2.3.3.4 Evolución y Curso del Trastorno de Angustia sin Agorafobia

Con referencia a la evolución y curso del trastorno de angustia sin agorafobia la Sociedad Española de Psiquiatría (2010) añade que el curso de la enfermedad es bastante variable. Ciertos pacientes muestran un curso periódico, con temporadas de manifestaciones graves e intervalos libres de síntomas relevantes, en otros casos la evolución es impredecible, surgiendo episodios agudos de angustia sin regularidad cronológica. Los enfermos con trastorno de angustia presentan un mayor riesgo para las enfermedades somáticas como úlceras.

Referente a la edad de inicio, Ibíd. (2010) añade que lo más típico es que tenga lugar entre el final de la adolescencia y la mitad de la cuarta década de la vida, lo que podría indicar una distribución de tipo bimodal, con un pico de incidencia al final de la adolescencia y otro pico de menor entidad en la mitad de la cuarta década de la vida. Un número reducido de casos puede iniciarse en la segunda infancia, y el trastorno también puede aparecer, aunque es muy poco frecuente, en mayores de 45 años.

1.2.4 Origen de los Trastornos de Ansiedad

1.2.4.1 Origen de la Ansiedad desde la Teoría Cognitiva-Conductual

Retomando a Stein y Hollander (2010), acerca del origen de la ansiedad desde la Teoría Cognitiva-Conductual consideran que los sistemas cognitivo, fisiológico, motivacional, afectivo y conductual contribuyen al episodio particular de ansiedad y se encuentran interrelacionados; desde este punto de vista, el sistema cognitivo desempeña la función de evaluar el peligro y los recursos y la activación de los sistemas fisiológico, motivacional, afectivo y conductual. El sistema cognitivo, además, influye con la presencia de imágenes o pensamientos involuntarios, repetitivos, no premeditados y rápidos. Y por supuesto de “pensamiento automáticos”, los mismos que provienen de estructuras cognitivas más profundas denominados “esquemas”, que son creencias o supuestos, que a la vez, reflejan temas de amenaza y peligro.

“Como resultado, la persona que padece trastorno de ansiedad, pierde la objetividad y la capacidad para evaluar las cogniciones asociadas al peligro de una forma racional y realista” (Stein y Hollander, 2010, p.88 y 89). De forma que, comete errores sistemáticos al procesar la información, con resultados como el catastrofismo, la abstracción selectiva, el pensamiento dicotómico y las inferencias arbitrarias.

1.2.4.2 Factores Predisponentes de los Trastornos de Ansiedad

Stein y Hollander (2010) en su tratado reconoce cinco factores que pueden predisponer la aparición de los trastornos de ansiedad desde el modelo cognitivo, están: la herencia genética, las enfermedades somáticas, los traumas psicológicos, la ausencia de mecanismos de afrontamiento y las cogniciones distorsionadas. A continuación, serán expuestos cada uno de ellos, bajo los criterios de los autores antes mencionados.

La “herencia genética”, se destaca como uno de los factores predisponentes ya que el trastorno de angustia, los trastornos fóbicos y el trastorno obsesivo compulsivo son los más propensos a ser heredados de padres a hijos, la herencia manifiesta su influencia cuando en la persona presenta un sistema vegetativo fácil de activar, que deviene en la manifestación de síntomas ansiosos, pero sin dejar de considerar el rol que tienen los factores ambientales, psicológicos y sociales (Ibíd., 2010).

Así también, los “traumas mentales” durante la época del desarrollo aumentan la vulnerabilidad de padecer trastornos ansiosos. Puede tratarse de un trauma único o de una serie de experiencias traumáticas, los mismos que pueden culminar en la elaboración de esquemas individuales específicos para la amenaza, estos esquemas se relacionan con los temas de peligro de los pacientes ansiosos y se activan en situaciones similares a las circunstancias en las que se aprendió el esquema original (Ibíd., 2010).

La “ausencia de mecanismos de afrontamiento”, otro de los factores, tiene que ver con la carencia de respuestas de afrontamiento unida a una visión distorsionada y negativa sobre la capacidad que tiene la persona para encarar una situación con sus propios recursos. Podría deberse a que los pacientes con trastornos de ansiedad no hayan aprendido estrategias adecuadas de afrontamiento o que los mismos hayan aprendido a utilizar respuestas como la evitación, que solo refuerzan la ansiedad e impiden un correcto afrontamiento (Ibíd., 2010).

Finalmente las “cogniciones distorsionadas”, se refiere a pensamientos, creencias, supuestos, y cogniciones distorsionadas acerca de la amenaza o el peligro que contienen elementos semejantes a las situaciones que crearon los esquemas. Cuando se estimula la ansiedad el sujeto da una respuesta de carácter egocéntrico, general e involuntario (Ibíd., 2010).

1.2.4.3 Factores Precipitantes de los Trastornos de Ansiedad

Desde el modelo cognitivo Stein y Hollander (2010) también exponen los factores precipitantes de los trastornos de ansiedad, entre ellos están: los problemas somáticos o sustancias tóxicas, los factores estresantes externos e internos, el estrés de larga duración, etc. los mismos que serán expuestos, a continuación, por los ya nombrados autores.

Los “problemas somáticos o sustancias tóxicas”, en ciertos casos, es normal la aparición de un trastorno de ansiedad tras un problema somático, principalmente en la etapa en la que el sujeto trata de adaptarse a la enfermedad. En otro caso, las

personas ingieren sustancias psicotrópicas que ejercen el mismo efecto somático, como la cafeína, la anfetamina, que pueden precipitar una respuesta de estrés. Otros de los desencadenantes podrían ser los “factores estresantes externos e internos, los mismos que se refiere a cualquier factor estresante o acontecimiento vital grave, como la pérdida de un ser querido o de su trabajo (Ibíd., 2010).

Otros factores precipitantes podrían deberse a la alteración repentina de la salud, y problemas crónicos de salud, que disminuyen la capacidad para afrontar las dificultades y llevan a un sentimiento de ansiedad desbordante. Por otro lado se encuentran las nuevas circunstancias vitales como el cambio laboral, de estado civil, de vivienda (Ibíd., 2010).

1.2.4.4 Patogenia de los Trastornos de Ansiedad

Stein y Hollander (2010) proponen que: “Las personas con trastornos de Ansiedad padecen una anomalía de la activación (arousal) causada por un fenómeno de hipersensibilidad neurológica de origen límbico” (p.91). En otros términos, una reducción del umbral para la excitación o un estado patognomónico de activación excesiva del circuito límbico o de la vía eferente neurológica, neuroendócrina o endócrina.

Para Stein y Hollander (2010) este fenómeno de la hipersensibilidad neurológica, que se asienta en el sistema límbico, causado por acontecimientos ambientales,

factores cognitivo-afectivos y las características de la personalidad, llegan a generar un trastorno de ansiedad en virtud de un proceso facilitador (kindling), por el cual la estimulación repetida de dicho sistema reduce el umbral (y aumenta la probabilidad) de su activación. Teniendo como consecuencia, la labilidad afectiva, la hiperactividad del sistema nervioso autónomo y las manifestaciones conductuales.

1.2.4.4.1 Patogenia del Trastorno de Ansiedad Generalizada

A continuación, a partir de los conceptos de Stein y Hollander (2010) se expondrán los factores patogénicos que intervienen en el trastorno de ansiedad generalizada, con la finalidad de acceder a su interpretación. Entre las principales posturas se encuentran: los factores biológicos que al parecer predisponen el desarrollo del trastorno, los aspectos que nos expone la teoría cognitivo-conductual, además de las teorías de corte dinámico.

Perspectiva Cognitivo-Conductual del Origen del Trastorno de Ansiedad Generalizada

Stein y Hollander (2010) agrega que la teoría cognitivo-conductual propone que los pacientes de Trastorno de Ansiedad Generalizada han elaborado un conjunto de pensamientos automáticos catastróficos que se autoreforzan e impiden a la persona aproximarse a situaciones que considera novedosas. A continuación, el paciente

empieza a verse inmerso en un sinnúmero de preocupaciones y va teniendo cada vez más problemas para afrontar las preocupaciones sobre su futuro. “El paciente sobrevalora la probabilidad o la intensidad de los acontecimientos que le aterran y esta sobrevaloración mantiene el trastorno” (Stein y Hollander, 2010, p.145).

Ibíd (2010) agregan además, que las cogniciones automáticas, presentes en este trastorno, son pensamientos recurrentes que el paciente elabora durante el día o que recuerda en situaciones difíciles. Las cogniciones contienen augurios de daño o de peligro para el dominio personal. Estos pensamientos suelen ser situacionales, orientados al futuro y de contenido probabilístico, rumiando las situaciones potencialmente peligrosas durante prolongados espacios de tiempo del día.

Una de las misiones del cerebro es filtrar la información necesaria para crear una memoria basada en esos datos y por otro lado eliminar los que no son necesarios, a este fenómeno se lo conoce como: procesamiento de la información. En el caso de las personas que padecen Trastorno de Ansiedad Generalizada, los datos no filtrados son los que llevan a la elaboración de recuerdos de ansiedad, es decir los pacientes procesan la información amenazadora de forma distinta a los demás, asignando grandes recuerdos los estímulos amenazadores, detectando rápidamente esta información. Así, los pacientes con trastorno de Ansiedad Generalizada parecen estar atentos a procesar la información de forma que potencializa la aparición del trastorno, sumado a que asignan amplios recuerdos de las posibles amenazas que fácilmente se interpretan como peligrosas (Ibíd., 2010).

Factores Biológicos del Trastorno de Ansiedad Generalizada

Según Stein y Hollander (2010) el trastorno de ansiedad generalizada tiene una base familiar genética, aproximadamente el 19% de los parientes en primer grado también padecen de este trastorno; entre otras de las causas biológicas se encuentran los niveles altos de noradrenalina (catecolamina que en este caso funciona como neurotransmisor), al producirse el estrés, éste se encarga de activar el principal núcleo noradrenalínico del encéfalo, el locus coeruleus (tallo cerebral encargado de la respuesta del pánico y del estrés).

1.2.4.4.2 Patogenia del Trastorno Obsesivo-Compulsivo

Diversa corrientes y escuelas de pensamiento han hecho aporte para la comprensión del Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Desde las escuelas de corte más profundo como el Psicoanálisis, pasando por el conductismo y los enfoques biológicos el origen y las causas de este trastorno han sido muy debatidos por la variabilidad clínica evidente en este padecimiento.

Perspectiva Cognitivo-Conductual del Origen del Trastorno Obsesivo-Compulsivo

Según la teoría conductual, expuesta en Marchant (2005) las obsesiones que padece la persona son un claro ejemplo de condicionamiento clásico, en el que las actividades ritualísticas tendrían un efecto aliviador de la ansiedad, esta teoría expone que las obsesiones son consecuencia de dos factores: las valoraciones irreales del sujeto sobre posibles amenazas y desastres y las evaluaciones equivocadas acerca de su habilidad para poderles hacer frente, insiste además en la existencia de un déficit en el procesamiento de la información, con dificultades para discriminar entre estímulos relevantes e irrelevantes.

Para la Sociedad Española de Psiquiatría (2010) existe además la teoría que defiende que las obsesiones son pensamiento intrusos inaceptables y no deseados. “Lo que conduce al trastorno, no es la presencia de obsesiones, sino la capacidad de éstas para activar esquemas cognitivos disfuncionales en ciertos sujetos y pensamientos negativos” (p.478).

Estos pensamientos negativos, que el paciente considera racionales, son los que producen el intenso malestar propio del trastorno. Estos pensamientos se relacionan con la responsabilidad que tiene el paciente de causar daño a otro o a sí mismo y se basan en una serie de distorsiones cognitivas. El paciente intenta neutralizar estos pensamientos a través de conductas manifiestas o estrategias cognitivas dirigidas a

evitar o reducir la posibilidad de ser responsable del supuesto daño. Esa neutralización refuerza las creencias disfuncionales del sujeto (Sociedad Española de Psiquiatría, 2010).

Concluyendo y citando a Sauteraud (2010) para la teoría cognitiva, son dos mecanismos los que explican la repercusión del tema obsesivo en el desarrollo de la enfermedad. Es así que, en un principio la persona padece una ansiedad excesiva frente a un tema obsesivo banal que le afecta, de repente, la persona deja de creer que dicho pensamiento es banal y por el contrario piensa que va a producir toda una serie de catástrofes, por ejemplo cree que la suciedad conlleva un riesgo de contaminación grave que puede provocarle un cáncer que transmitirá a su pareja e hijos.

Factores Biológicos del Trastorno Obsesivo-Compulsivo

Como expone Marchant (2005) citando las investigaciones de Yaryura-Tobías (1972), los estudios sobre los fundamentos neurobiológicos del origen del Trastorno Obsesivo-Compulsivo, proponen que el trastorno se debe a un déficit serotoninérgico (neurotransmisor en la inhibición de la ansiedad, depresión, ira, el humor, el sueño, la sexualidad, entre otros), a partir de los fármacos agonistas serotoninérgicos que calmaban algunos de los síntomas asociados a la enfermedad. Se infiere que la utilización de medicamentos agonistas en personas que padecían de TOC, se desarrollaba con el fin de activar al receptor de la serotonina para que las funciones asociadas a dicho transmisor se restablezcan.

Estudios, realizados por McKeon y Murray (citado por Marchant, 2005) demuestran que el trastorno tiende a ser más esporádico y no de orden familiar, descartándose así el origen hereditario de la enfermedad, sin embargo, no hay que dejar de lado que la herencia también comparte la transmisión cultural vertical y el ambiente compartido. Marchant (2005), añade que “Otra teoría, esta vez la neurobiológica, explica la incidencia de la reducción del núcleo caudado con la aparición de este trastorno, existe otra que opina que se debe a la hiperactividad de la corteza frontoorbitaria” (p.226). Estos datos arrojan que el Trastorno Obsesivo-Compulsivo podría ser una patología multicausal, en la que distintos tipos de factores determinan su aparición.

1.2.4.4.3 Patogenia del Trastorno de Angustia sin Agorafobia

En la siguiente parte de la investigación nos, detendremos a la comprensión de los factores que intervienen en la génesis del trastorno de angustia sin agorafobia, abordando los factores biológicos, cognitivo-conductual y psicoanalítico, aspectos importantes que nos servirán para la mejor comprensión del origen del Trastorno de Angustia sin Agorafobia, la fuente de la cual fue extraída es la Sociedad Española de Psiquiatría (2010).

Perspectiva Cognitivo-Conductual del Origen del Trastorno de Angustia sin Agorafobia

Para la Sociedad Española de Psiquiatría (2010) la psicología conductista propone que la angustia es una conducta aprendida y, por consiguiente, puede ser desaprendida” (p.478). Según lo anterior, la angustia constituiría la respuesta condicionada hacia aspectos del medio ambiente que se asocian con el peligro. Los estímulos que preceden a los no condicionados, se convierten en estímulos condicionados y conducen a una respuesta condicionada, en este caso la angustia, que a su vez también determina una conducta de evitación. “Los factores predisponentes facilitarían la respuesta de angustia, de modo que los individuos ansiosos serían aquellos que presenten la respuesta con mayor facilidad, intensidad y frecuencia” (Sociedad Española de Psiquiatría, 2010, p.339 y340).

El enfoque cognitivista nos dice que las emociones y conductas se alimentan con las creencias de los individuos, creencias claramente irracionales, intrusivas y hasta negativas. Es así, que los pacientes con trastorno de angustia tendrían tendencia a sobrevalorar las consecuencias somáticas de las crisis. Sociedad Española de Psiquiatría (2010).

Factores Biológicos del Trastorno de Angustia sin Agorafobia

El DSM IV-TR TR (2005) refiere que los estudios sobre prevalencia en familiares de primer grado del trastorno de angustia, han arrojado que el 34% de los casos podría ser producto de la herencia, siendo los factores ambientales los responsables del

50%. Por su lado Grove y cols., (citado por Stein y Hollander, 2010), manejan la hipótesis del exceso de actividad de serotonina, por esta razón los pacientes con trastorno de angustia tendrían una mayor liberación de 5-HT. De lo que se infiere que los receptores de serotonina (5-HT) encargados del proceso de regulador excitador-inhibidor de los principales neurotransmisores (dopamina, glutamato, ácido gamma-aminobutírico, etc.) mantengan una fase de excesiva liberación de dichos transmisores, teniendo consecuencias directas en la parte biológica de la persona en la que se incluyen entre otras las cogniciones, el sueño, el apetito y por su puesto en la producción de ansiedad.

Finalmente la Sociedad Española de Psiquiatría (2010) añade que: “Los estudios neuroanatómicos, referidos a los posibles daños en las regiones cerebrales involucradas a la patogenia del trastorno de angustia, indican una asimetría anormal en el flujo sanguíneo en la región parahipocámpica”. (p) De lo que se puede inferir que existe una desproporción de la materia gris cortical que rodea al hipocampo (reg. parahipocampal), lo cual tiene consecuencias en dicho flujo sanguíneo, lo que lleva a una disminución del metabolismo del oxígeno.

CAPÍTULO II

MARCO METODOLÓGICO

2.1. Antecedentes del Problema

En un estudio realizado por Contreras, Bott y Guedes (2010), para la Organización Mundial de la Salud (OMS), titulado: “Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: Análisis de datos secundarios. Iniciativa de Investigación sobre la Violencia Sexual”, en el año 2010, señala que entre el 7% y el 36% de las mujeres han sufrido algún tipo de abuso sexual en la infancia, y que entre el 6% y el 59% de las mujeres relatan haber sufrido agresión sexual por una pareja íntima después de los 15 años de edad, identificando a los “celos”, como uno de los principales factores de riesgo, asociados a la violencia sexual.

El panorama en los países de América del Sur tampoco es alentador. Según el artículo “Asesinos de mujeres alegan que los celos los llevan a cometer feminicidio”, publicado por La Agencia Peruana de Noticias en el año 2009, sostiene que: en el Perú, según estadísticas del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), el 45% de los casos de feminicidio y tentativa de feminicidio registrados

entre los meses de enero y agosto, fue motivado aparentemente por los celos del agresor.

Por otro lado, un estudio realizado en el 2008, por alumnos de la Universidad Nacional de San Agustín-Arequipa, titulado: la “Relación Entre los Celos y la Tendencia Infidel en Jóvenes de 18 a 25 Años”, muestra que en el Perú, el promedio de duración del matrimonio se redujo en los últimos años a menos de la mitad: de 20 años pasó a 10, como máximo. Incluso, muchas parejas esperan hasta cumplir los tres años obligatorios que fija la ley para obtener el divorcio vincular.

Actualmente, en el Ecuador, las cifras referentes a los celos y sus consecuencias como el maltrato y feminicidio, son mínimos, así lo demuestra el artículo, redactado por la BBC Mundo, en el año 2013, titulado: “Mapa del feminicidio en América Latina”, en el mismo Jenny Pontón, de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO, sede Ecuador, añade que las instituciones relevantes del país aún no han logrado establecer la coordinación necesaria para identificar dichos datos, debido a esto, la investigación es más apremiante.

Sin embargo, cifras proporcionadas por la Fiscalía General del Estado, en el 2012 reportaron 234 denuncias de casos de feminicidios en el país, de esa cantidad, el 68% se cometió por conflictos pasionales, principalmente conflictos desencadenados por celos, así lo dice Paul Rivas, columnista del diario El Comercio. Siguiendo con lo expuesto, en el mismo artículo se muestran las siguientes cifras: en un estudio de 2010 de la “Comisión de Transición” hacia el “Consejo de las Mujeres y la Igualdad

de Género”, sugiere que la mayoría de homicidios de mujeres son resultado de la violencia de género, para el estudio, la Comisión analizó los homicidios reportados en cuatro ciudades ecuatorianas durante los años 2005 a 2007, período durante el que se registraron 96 homicidios de mujeres, los mismos que, estaban directamente relacionados a problemas pasionales.

Con referencia a la segunda variable, los trastornos ansiosos, según la American Psychological Association, en el 2005, en su “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” DSM IV-TR, los Trastornos de Ansiedad se encuentran entre los padecimientos mentales más comunes de América, aproximadamente dos tercios de la población total de los Estados Unidos padecen algún tipo de trastorno ansioso.

Patricia Carámbula, en un artículo, llamado: “La Ansiedad en números”, publicado en la página “SANAR salud y vida sana” en el año 2010, muestra que los trastornos de ansiedad son la enfermedad psiquiátrica de mayor prevalencia en el mundo según la organización Mundial de la Salud, alcanzando cifras alarmantes en los países del Primer Mundo. De acuerdo a datos de la Universidad de Virginia, 40 millones (18.1%) de adultos (de entre 18 y 54 años) de Estados Unidos, presentan anualmente algún trastorno de ansiedad. En España, por ejemplo, este tipo de patologías afectan a un 20% de la población adulta.

En el mismo artículo se expone que la ansiedad generalizada afecta entre el 3 y el 5% de la población adulta. El trastorno fóbico afecta a un 7% de mujeres y un 4.3% de hombres. El trastorno de pánico se da en algo menos del 1% de la población. El trastorno obsesivo-compulsivo se presenta con una frecuencia de 2.3% en los adultos. El estrés post traumático se manifiesta en el 1% de la población en algún momento de la vida. Un 2.2 % de la población, presenta agorafobia.

De las premisas expuestas anteriormente, se deduce de manera concluyente que los celos son un problema ampliamente constatado a través de sus efectos relacionales, y a la vez constituyen un factor desencadenante de un sinnúmero de conflictos, que no solo están relacionados al aspecto familiar y conyugal, sino también generan innegables consecuencias en el estado psicoemocional de las personas, para propósitos de este estudio, en los estados ansiosos de dichas personas. Así mismo, es necesario tomar en cuenta que los trastornos de ansiedad constituyen uno de los padecimientos psicológicos más comunes en el mundo y que su etiología se encuentra ineludiblemente relacionada al temor, en este caso temor de perder al ser amado.

Por esta razón, es incuestionable la existencia de una relación directamente proporcional, donde los celos participan como uno de los factores etiopatogénicos de los trastornos ansiosos; cuya exacta influencia, este estudio, pretende determinar. Por otro lado, se vislumbra una penosa realidad, ya que hasta el momento no se nota una verdadera rehabilitación social en las cárceles del Ecuador, puesto que no existen

programas de Psicología permanentes que estén enfocados a la solución de conflictos como los celos y la ansiedad.

2.2 Significado del Problema

En referencia a la génesis de los comportamientos celotípico, encontramos un sinnúmero de variables, entre las principales, y a la que va dirigida la presente investigación, se encuentran los errores cognitivos, los mismos que están relacionados directamente a la producción de ideas irracionales, ligadas a los celos y a la errónea posibilidad de un engaño de la pareja.

Para la elección de la población del estudio, se tomó como criterio de inclusión fundamental la condición de reclusión y su consecuente privación de libertad. Dicha condición de encierro hace que el temor de pérdida se exacerbe y los problemas de carácter emocional como los comportamientos celotípicos, se conviertan en un mal común, puesto que la distancia y la imposibilidad que tiene el recluso de verse con su pareja, a más de las horas estipuladas para las visitas, genere ese sentimiento de inseguridad, que a su vez, estaría ligado al origen de los errores cognitivos (comportamientos celotípicos). En este sentido, la presencia de celos recurrentes en dicha población, fácilmente podría vincularse con un ramillete de nuevos conflictos, entre los que se destaca la figura de la ansiedad y sus trastornos.

Tomando en cuenta dichas circunstancias a las cuales están sometidos los privados de libertad, es primordial que en los centros de rehabilitación del Ecuador, se preste suma prioridad al tema de la salud e higiene mental de los reclusos, generando un panorama alentador para la promoción de programas permanentes de psicoterapia que estén dirigidos a la acertada e inmediata solución de dichos conflictos, es pos del mejoramiento del nivel de vida de dichas personas.

2.3 Definición del Problema

- ¿Existen comportamientos celotípicos en las Personas Privadas de Libertad (PPL) varones, reclusos en el Centro de Rehabilitación Social de Latacunga?
- ¿Se encuentran Trastornos de Ansiedad en los en las Personas Privadas de Libertad (PPL) varones, reclusos en el Centro de Rehabilitación Social de Latacunga?
- ¿El comportamiento celotípico, incide en el aparecimiento de trastornos de Ansiedad?
- ¿Cuáles son las posibles causas para el aparecimiento de la celotipia?

2.4 Planteamiento del Tema

El Comportamiento Celotípico y su incidencia en los Trastornos de Ansiedad, en las Personas Privadas de Libertad (PPL) varones, reclusos en el Centro de Rehabilitación Social de Latacunga.

2.5 Delimitación del Tema

2.5.1 Delimitación de Contenido

- **Campo:** Psicológico
- **Área:** Psicopatología
- **Aspecto:** Ideas irracionales

2.5.2 Delimitación Espacial

- **Provincia:** Cotopaxi
- **Ciudad:** Latacunga
- **Lugar:** Centro de Rehabilitación Social de “Latacunga”
- **Área:** Departamento de Psicología y Evaluación

2.5.3 Delimitación Temporal del Problema

La presente investigación se la realizará en el período: Abril- Octubre de 2013.

2.5.4 Unidades de Observación

Personas Privadas de Libertad, 100 (PPL) varones, reclusos en el Centro de Rehabilitación Social de Latacunga.

2.6 Hipótesis: Variables e Indicadores

2.6.1 Hipótesis

El comportamiento celotípico incide en el apareamiento de los trastornos de ansiedad, en las personas privadas de libertad (PPL) varones, reclusos en el Centro de Rehabilitación Social de Latacunga.

2.6.2 Variables e Indicadores

2.6.2.1 Variable Independiente: El Comportamiento Celotípico

2.6.2.1.1 Indicadores

- Emocional-dolor
- Enojo

- Egoísmo-Posesión
- Confianza
- Intriga

2.6.2.2 Variable Dependiente: Los Trastornos de Ansiedad

2.6.2.2.1 Indicadores

- Niveles de Ansiedad Psíquica
- Niveles de ansiedad somática

2.7 Objetivos

2.7.1 Objetivo General

- Determinar la incidencia de los Comportamientos Celotípicos, en el apareamiento de los Trastornos de Ansiedad, en las Personas Privadas de Libertad (PPL) varones, reclusos en el Centro de Rehabilitación Social de Latacunga, durante el Período Abril- Octubre 2013.

2.7.2 Objetivos Específicos

- Valorar los niveles de Comportamientos Celotípicos presentes en las Personas Privadas de Libertad (PPL) varones, reclusos en el Centro de Rehabilitación Social de Latacunga, durante el Período Abril- Octubre 2013.
- Evaluar los niveles de ansiedad presentes en las Personas Privadas de Libertad (PPL) varones, reclusos en el Centro de Rehabilitación Social de Latacunga, durante el Período Abril- Octubre 2013.
- Establecer la correlación existente entre la presencia de Conductas Celotípicas y los Trastornos de Ansiedad, en las Personas Privadas de Libertad (PPL) varones, reclusos en el Centro de Rehabilitación Social de Latacunga, durante el Período Abril- Octubre 2013.
- Diseñar una guía de Psicoterapia Breve, bajo la Teoría Cognitivo-Conductual, orientado a eliminar los pensamientos irracionales ligados a los celos, dirigido a las Personas Privadas de Libertad (PPL) varones, reclusos en el Centro de Rehabilitación Social de Latacunga, durante el Período Abril- Octubre 2013.

2.8 Metodología

2.8.1 Paradigma

Crítico-Propositivo: El Paradigma correspondiente al proyecto es el crítico-propositivo, se dice que es crítico porque una de las finalidades del proyecto es el cuestionamiento del proyecto, así como también la discusión de cada una de las variables a tratarse, y propositivo, porque la investigación contará con una propuesta de solución a la problemática planteada.

Enfoque Teórico: La elaboración de la investigación, en su mayoría, contará con el aporte de la teoría cognitivo-conductual, ya que la misma, facilitará el proceso de medición de las variables, incluido el diagnóstico. Además, se tomarán las bases de esta teoría para la elaboración del cuestionario y finalmente de la propuesta de solución.

Enfoque Cualitativo-Cuantitativo: Por la naturaleza de la investigación la orientación es de carácter cualitativa y cuantitativa. La orientación cualitativa tiene como principal característica la descripción de un fenómeno, en nuestro caso la de los conceptos, clasificaciones, definiciones y las cualidades propias de los comportamientos celotípicos y de los trastornos de ansiedad. Y cuantitativa porque permite examinar los datos recogidos de manera numérica, para la evaluación de las dos variables, mediante la utilización de los reactivos escogidos.

2.8.2 Modalidad

Bibliográfica: La investigación es documental o bibliográfica, porque sirve para empaparnos del tema y poderlo profundizar, además de conocer y comparar. Se fundamenta en la información científica consultada en libros, enciclopedias, tratados y manuales de diagnóstico y que han servido de base para la elaboración del sustento teórico.

De Campo: Es de campo porque el lugar donde se va a desarrollar la investigación, específicamente la recolección de los datos, es el Centro de Rehabilitación Social de Latacunga. Este tipo de investigación es más flexible, con mayor amplitud de difusión, se basa en los resultados que se obtendrán de la población elegida, mediante la aplicación de los reactivos psicológicos, los cuestionarios para medir celotipia y trastornos de ansiedad.

De Intervención Social o Proyecto Factible: La investigación se la realizará con las personas privadas de libertad (PPL) varones, que se encuentran recluidos en el Centro de Rehabilitación Social “Latacunga”, con lo que se estudia un eminente problema en dicha población, relación de pareja y en general, el núcleo familiar, con el fin de disminuir posteriormente los conflictos asociados a la problemática, por lo tanto, influirá en la salud mental de los recluidos, en su bienestar y el de sus familias.

2.8.3 Nivel de Investigación

Descriptiva: El nivel de investigación descriptiva, tienen como principal objetivo exponer de manera sistemáticamente hechos y características, en este caso el fenómeno de los celos, y los trastornos de ansiedad, facilitando el análisis de los datos encontrados, es de tipo correlacional porque trata de descubrir la relación existente entre las dos variables, en otras palabras, descubrir la incidencia que tienen los comportamientos celotípicos en la producción de trastornos de ansiedad.

Exploratoria: Es exploratoria porque corresponde al trabajo de campo, efectuado en base a los reactivos en un universo específico, en el presente caso, el centro de rehabilitación social de Latacunga, escogiendo una muestra, que vendría a ser el pabellón de varones.

2.8.4 Método de Investigación

Método Inductivo-Deductivo o Clínico: Se refiere en primer lugar, (parte inductiva), al ejercicio de obtener conclusiones que parten de hechos particulares para llegar a conclusiones, dicho método se basa en el estudio y análisis de la problemática identificada en población de estudio, para la obtención de resultados. En su plano deductivo es la práctica que consiste en tomar conclusiones generales para la explicación de los fenómenos particulares, en este sentido, se procedió a la revisión y análisis bibliográfico de los aportes que hacen algunos autores acerca de

las dos variables, para entender de una manera más objetiva el tema de los celos.

Método Analítico-Sintético: El presente método de investigación se refiere al estudio de los hechos, en primer lugar partiendo de la descomposición del objeto de estudio en sus partes, mismas que intervinieron en la formación y prevalencia del problema, con el objeto de estudiarlas de forma individual (análisis), para lo cual fue necesario la utilización de técnicas e instrumentos de medición para ambas variables, para luego integrar dichas partes para su comprensión desde una manera integrativa, obteniendo así conclusiones globales de la problemática.

2.8.5 Técnicas e Instrumentos

2.8.5.1 Técnicas

2.8.5.1.1 Reactivo Psicométrico de la Variable Independiente (Comportamientos Celotípicos): Inventario Multidimensional de Celos

El instrumento que se aplicó fue el Inventario Multidimensional de Celos, elaborado por Díaz-Loving (citado por Ochoa, 1998) el mismo consta de 40 reactivos tipo Likert con cinco opciones de respuesta, que van desde la opción “completamente de

acuerdo”, hasta la opción “completamente en desacuerdo”, la escala mide cinco factores relacionados a los celos, entre los que se encuentran: el “Emocional-Dolor”, el “Enojo”, el “Egoísmo-Posesión”, la “Confianza” y la “Intriga”. Y tiene como objetivo primordial, valorar niveles de celotipia, los mismos que van desde la “ausencia de celotipia”, hasta el nivel de “celotipia grave”.

2.8.5.1.2 Reactivo Psicométrico de la Variable Independiente (Ansiedad):

Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton (HAS)

La Escala de Valoración de Ansiedad de Hamilton, construida por Hamilton(1959) y revisada por Carrobles, Costa, Del Ser & Bartolomé (1986) constituye un instrumento de medición mundialmente famoso, de los más confiables y utilizados, por su sencillez y validez. Como lo explica la Universidad Complutense de Madrid en su página: Portal Psicologico.org., en sí, el test es una escala de observación, que permite determinar el grado de ansiedad global del paciente. Está compuesto por 14 ítems, 13 de los cuales se refieren a síntomas ansiosos, y uno referido al comportamiento durante la entrevista.

Su aplicación es cómoda, el tiempo de administración oscila de: 15-30 minutos, el terapeuta debe evaluar la conducta que ha tenido la persona durante la entrevista en una escala de 0 (ausencia de síntomas) a 4 (intensidad máxima). La corrección e interpretación: La puntuación (suma de las puntuaciones en los ítems), oscila entre 0 y 56, y su interpretación se establece de acuerdo a la evaluación global de la persona.

A pesar de la ausencia de baremos estandarizados, algunos autores sugieren que una puntuación mayor o igual a 14 indica ansiedad clínicamente significativa.

2.8.5.1.3 Cálculo del Coeficiente de Correlación de Pearson

A partir de lo expuesto por Salkind (2007) se dice que el Coeficiente de Pearson es el más frecuente método para calcular la correlación entre dos variables, y se simboliza con el literal r . Sin embargo, para fin de la investigación se ha recurrido a la utilización de un software psicométrico, en este caso llamado “SPSS” (ver pág. 136). El coeficiente de correlación lineal de Pearson se define matemáticamente con la ecuación siguiente:

$$r_{xy} = \frac{\sum(X - \bar{X})(Y - \bar{Y})}{\sqrt{[\sum(X - \bar{X})^2][\sum(Y - \bar{Y})^2]}}$$

Dónde:

$\rho_{x,y}$ = coeficiente de correlación.

x = el puntaje de un individuo en la variable x

y = el puntaje de un individuo en la variable y

$\bar{X}$ = media de la muestra para la variable x

$\bar{Y}$ = media de la muestra para la variable y

$\sum$ = sumatoria de las cantidades

Los valores de la correlación van de +1 a -1, pasando por el cero, el cual corresponde a ausencia de correlación. Los primeros dan a entender que existe una correlación directamente proporcional e inversamente proporcional, respectivamente. De lo anterior referimos que los valores de correlación que vayan desde +1 ó -1 constituyen una correlación perfecta, 0.95 sería una correlación fuerte, mientras que un 80% sería una correlación significativa, 70% una correlación moderada y 50% una relación parcial.

2.9 Población y Muestra

La población o universo a investigarse, está constituida por 157 Personas Privadas de Libertad (PPL) varones, reclusos en el Centro de Rehabilitación Social de la ciudad de Latacunga. La muestra, está determinada a partir de criterios de inclusión, en los mismos, se exigió que, los varones estén casados, en unión libre o que manifiesten tener algún tipo de relación amorosa actualmente.

Paralelamente quedan excluidos 45 individuos, descartados de la investigación, debido a que su perfil se ciñe a los criterios de exclusión, entre los que están, aquellos individuos viudos y divorciados (que no tienen pareja) y todos los restantes que declararon no tener ninguna pareja actualmente, por lo tanto, hasta ese entonces quedó constituida por (112 personas), a quienes se le aplicó el cuestionario de celotipia, además de la Escala de valoración de la ansiedad Hamilton, con la finalidad de recabar los datos que nos servirán para el análisis de la problemática de

los celos y su incidencia. En el proceso, se consideró que 12 internos, en el momento de ser evaluados, excedieron los criterios de validez, es así que quedaron excluidos de los próximos análisis, por lo tanto la población de la investigación queda constituida por 100 individuos. Cabe aclarar que para la comprobación de la hipótesis mediante la utilización del Coeficiente de Correlación de Pearson se han eliminado 7 casos, es así que para fin de la posterior comprobación de la hipótesis la población ha quedado constituida por 93 internos (ver comprobación de la hipótesis, gráficos 37 y 38).

CAPÍTULO III

RESULTADOS

El presente capítulo, tiene como objetivo, la exposición ordenada y sistematizada de los datos obtenidos, para su posterior análisis. Entre otras cosas se expondrán, la población y la muestra, se describirán los reactivos utilizados y los resultados de la aplicación del Inventario Multimodal de Celos y de la Escala de Valoración de Ansiedad de Hamilton, para finalmente analizar los niveles de celotipia y su incidencia en la Ansiedad. Los mismos, fueron extraídos a partir de un proceso de evaluación a las Personas Privadas de Libertad del Centro de Rehabilitación Social de Latacunga.

3.1 Análisis de la Población y Muestra

A continuación se describe la forma en la que se seleccionó la población investigada, así como también, sus características más relevantes. En primer lugar se procedió a realizar una lista del total de las celdas, en el Centro de Rehabilitación Social de Latacunga, es así que se enumeraron un total de 23, las mismas que albergan a las 157 Personas Privadas de Libertad de dicho centro, seguidamente por medio de los criterios de inclusión y exclusión se exigió que, los varones estén casados, en unión libre o que manifiesten tener algún tipo de relación amorosa actualmente, ya que, en

sí el Cuestionario Multimodal de Celos, y ciertas de sus afirmaciones que en él plantean, se dirigen a cuestiones y conflictos relacionados a la pareja, pero principalmente presuponen que la persona evaluada, en el momento de aplicación mantenga una relación con una pareja; es así que quedaron excluidos de la investigación 45 individuos, debido a que su perfil se ciñe a los criterios de exclusión, entre los que están, aquellos individuos viudos y divorciados (que no tienen pareja) y todos los restantes que declararon no tener ninguna pareja actualmente.

Por lo tanto, la muestra quedó constituida por (112 personas), a quienes se les aplicó el cuestionario de celotipia, además de la Escala de valoración de la ansiedad de Hamilton, con la finalidad de recabar los datos que nos servirán para el análisis de la problemática de los celos y su incidencia. En el proceso, se consideró que 12 internos, en el momento de ser evaluados, excedieron los criterio de validez estipulada en las normas de los reactivos aplicados (Inventario Multidimensional de Celos), es decir dichos evaluados presentaron resultados que exceden el rango de los puntos de corte aceptados como válidos, por esta razón tampoco encajan dentro de los criterios de inclusión y exclusión de la investigación y por lo tanto, quedan excluidos de los próximos análisis, es así, que la población de la investigación queda constituida por 100 individuos.

Cabe aclarar que para la comprobación de la hipótesis mediante la utilización del Coeficiente de Correlación de Pearson (ver Gráfico 37 y 38) es así que para fin de la

posterior comprobación de la hipótesis la población ha quedado constituida por 93 internos.

3.1.1 Características de la Muestra

La muestra quedó constituida por 100 Personas Privadas de Libertad, (el acusado o presunto responsable de un delito, durante la substanciación de la causa. En el fuero civil, el demandado) varones. Dichos individuos guardan penas de reclusión mayor y reclusión menor de tipo ordinaria, extraordinaria y especial en el Centro de Rehabilitación Social de Latacunga. De acuerdo a los datos de escolaridad, del total de 100 evaluados, 4 personas manifiestan no haber ingresado al sistema educativo, 58 personas dicen haber asistido a la primaria, por su parte 33 personas afirman haber cursado la secundaria y tan solo las 5 restantes accedieron a la educación superior.

En cuanto al rango de edad de los participantes, éste oscila entre 18 hasta 56 años, finalmente, en lo que tiene que ver con el estado civil, de los 100 individuos, 44 están casados, 29 viven en unión libre, los 27 individuos restantes corresponden a las personas viudas, solteros o divorciados, pero que mantienen algún tipo de relación actualmente.

3.2 Análisis de los Reactivos Psicológicos

3.2.1 Inventario Multidimensional de Celos

El instrumento que se aplicó para la medición de la variable independiente fue el Inventario Multidimensional de Celos, elaborado por Díaz-Loving (citado por Ochoa, 1998, p.48) dicho reactivo tiene como objetivo primordial, valorar niveles de celotipia, el mismo consta de 40 preguntas, tipo Likert con cinco opciones de respuesta que tiene como extremos completamente en desacuerdo y completamente en acuerdo. Las respuestas fueron codificadas con (1) para la primera opción, hasta (5) para la última opción y (0) para la opción “No contesto”.

Es así que, de acuerdo a la calificación mediante el método de Likernr, (escala psicométrica que especifica el nivel de acuerdo o desacuerdo con una declaración elemento, ítem o reactivo o pregunta) los resultados de dicho reactivo, podrían alcanzar un puntaje máximo de 200 puntos y por consiguiente, la valoración de los distintos rangos de celotipia están codificados de la siguiente manera: (de 40 a 80 puntos), existe una “ausencia de celotipia”, de (81 a 120 puntos), se presenta un nivel de celotipia leve, de (121 a 160 puntos) la celotipia es de intensidad elevada y de (161 a 200) se considera la presencia de celotipia grave. La escala además, cuenta con cinco factores: Factor I “Emocional-Dolor” (9 reactivos), Factor II “Enojo” (11 reactivos), Factor III “Egoísmo-Posesión”, (8 reactivos), Factor IV “Confianza” (8 reactivos) y Factor V “Intriga” (4 reactivos).

3.2.1.1 Validez de Constructo del Inventario Multidimensional de Celos

En la tesis realizada para la Universidad “Cesar Vallejo” de la ciudad de Piura-Perú, las estudiantes Boulanger y Carrasco (2013) quienes realizaron la validez del Cuestionario Multidimensional de Celos de Díaz-Loving, establecieron en primer lugar, la estructuración de los 40 ítems en 5 factores, trabajando con una muestra de 3500 jóvenes de 17 a 25 años de edad, de ambos sexos, teniendo 1645 mujeres y 1855 varones de diferentes instituciones de nivel superior de la ciudad de Piura, finalmente para demostrar la eficacia del cuestionario se utilizó la validez de constructo; la estructura factorial de 40 ítems de los 5 factores mencionados fueron comparadas con los índices no menores de 0.19 y no mayores de 1.00, teniendo así como resultado 40 ítems que arrojaron los resultados esperados.

En la investigación realizada por Ochoa (1998) la validez de constructo del cuestionario, se obtuvo a través de un análisis factorial, en donde se eligieron aquellos factores que tuvieron valores superiores a 2.0. El instrumento final quedó constituido por los cinco factores antes mencionados y que explicaron el 62% de la varianza total de la prueba; dentro de cada factor fueron seleccionados en primero lugar aquellos reactivos que presentaron pesos factoriales superiores a ± 0.30 y en segundo lugar tuvieron congruencia conceptual en cada dimensión. Para la confiabilidad del instrumento y a fin de corroborar la consistencia interna de cada una de las escalas, los autores realizaron una serie de Coeficientes de Alfas de Cronbach, en donde la misma fue superior en todos los casos a 0.70.

3.2.2 Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton (HAS)

El presente reactivo: “La Escala de Valoración de Ansiedad de Hamilton”, tomada de Hamilton (1959) y revisada por Carrobbles, Costa, Del Ser & Bartolomé (1986) fue extraído de la página web de la Universidad Complutense de Madrid, del Portal Psicologico.org., el mismo tiene como objetivo, determinar el grado de ansiedad global del paciente, la escala compuesta por 13 ítems referentes a síntomas ansiosos, y uno referido al comportamiento durante la entrevista.

3.2.2.1 Validez del Constructor de la Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton (HAS)

La fiabilidad del reactivo posee una consistencia interna de 0.79-0.86; y una Fiabilidad test-retest: de 0.96. Mientras que la Validez en correlación con la HARS Escala de ansiedad de Covi: 0.73-0.75; y con el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): 0.56. Correlaciones significativamente altas (0.62-0.73) con la Escala para la Valoración de la Depresión de Hamilton (Ham-D). Al eliminarse los ítems referidos a depresión de la HARS y los ítems referidos a ansiedad de la Ham-D se alcanza una mejor discriminación entre pacientes con trastorno de ansiedad generalizada y pacientes con trastorno de depresión mayor, según criterios DSM IV-TR. Puede distinguir entre pacientes con trastornos de ansiedad de aquellas personas control no clínicas y es sensible al cambio producido durante el tratamiento, encontrándose correlaciones significativas (0.59) entre los cambios en las puntuaciones en la HARS

y los cambios en las puntuaciones en otras escalas de ansiedad global como la de Covi(Hamilton, 1959).

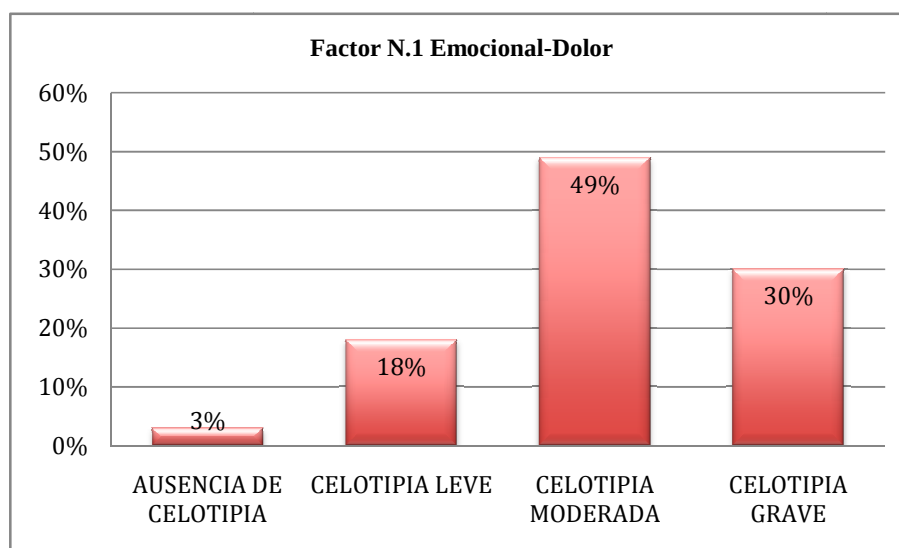
3.2.2.2 Aplicación

- Tiempo de administración: 15-30 minutos.
- Normas de aplicación: El terapeuta debe evaluar la conducta que ha tenido la persona durante la aplicación, en una escala de 0 (ausencia de síntomas) a 4 (intensidad máxima).
- Corrección e interpretación: La puntuación (suma de las puntuaciones en los ítems), oscila entre 0 y 56, y su interpretación se establece de acuerdo a la evaluación global de la persona. A pesar de la ausencia de baremos estandarizados, algunos autores sugieren que una puntuación mayor o igual a 14 indica ansiedad clínicamente significativa.

3.3 Resultados de la aplicación del Inventario Multimodal de Celos

3.3.1 Análisis de los Factores del Cuestionario Multimodal de Celos.

Gráfico 1: Análisis del Factor N.1 “Emocional-Dolor” del Cuestionario Multimodal de Celos.



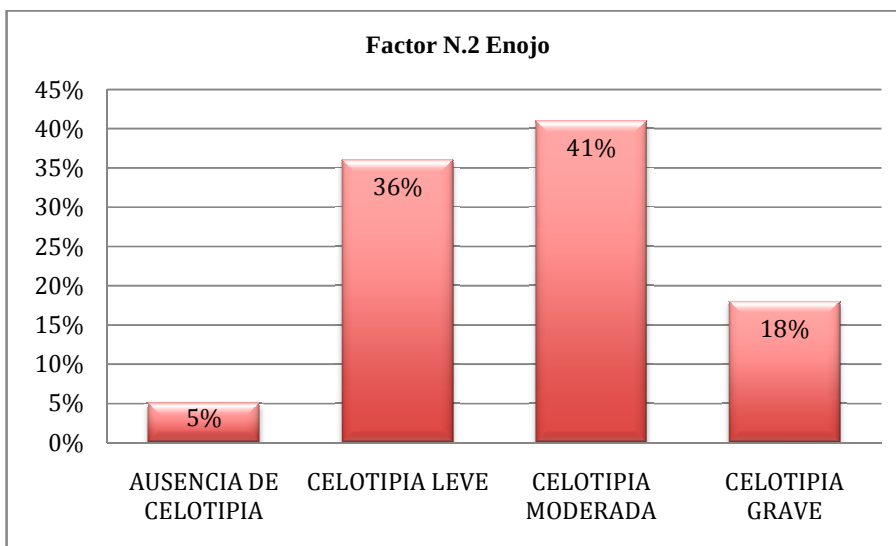
Análisis e Interpretación:

Este primer factor, “Emocional-Dolor”, comprende los reactivos, que van desde el número 1 hasta el número 9 del Inventario. El resultado del test, refleja la presencia de puntajes elevados en dicho factor, como consecuencia los puntajes de celotipia moderada y grave se presentan mayores niveles en esta área, es así que las mismas, comprenden el 79% de las respuestas en dicho factor (49% y 30% respectivamente), mientras que la ausencia de celotipia y la celotipia leve tan solo comprenden el 21%

de las respuestas lo que da como resultado los valores bajos en los niveles de ausencia de celotipia y nivel de celotipia leve (3% y 18% respectivamente).

Es así que al referirse a la parte emocional de la persona, los puntajes elevados, que en este caso son la gran mayoría, describen una manifestación de desacuerdo con la relación que entabla la pareja con otros, a través de respuestas de molestia o rabia. Esta área está muy vinculada a la posesión y el control en una relación. Por su parte la presencia de dolor que la persona manifiesta, se entiende como sentimiento de desdicha, acompañado de aspectos depresivos. Es así que los celos pueden manifestarse como temor ante la idea de perder al ser amado, odio y enojo al pensar en el rival y la pareja, y dolor ante el éxito del rival y la pérdida de la pareja.

Gráfico 2: Análisis del Factor N.2 “Enojo” del Cuestionario Multimodal de Celos.

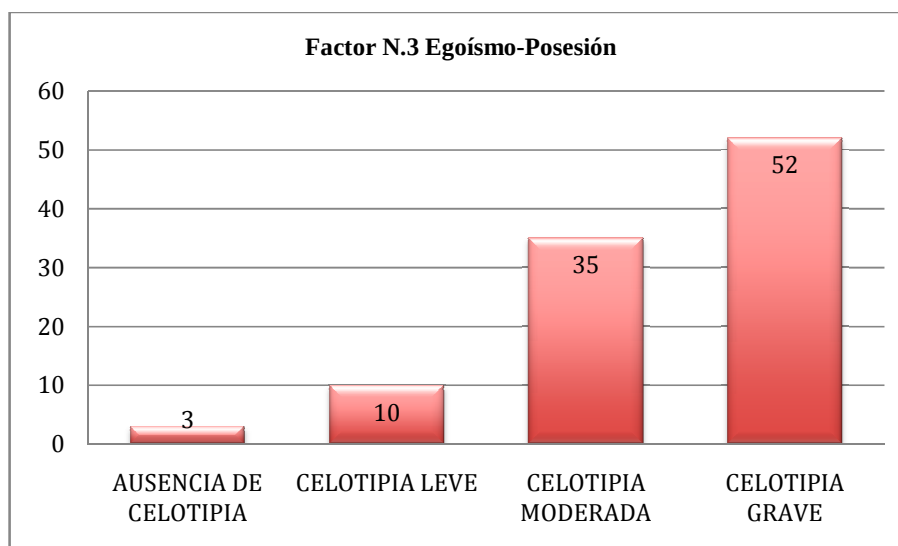


Análisis e Interpretación:

El Factor 2, “Enojo”, comprende 10 preguntas del reactivo, las mismas que van desde la número 11 a la número 20. Los resultados reflejan que la mayoría de individuos presentan puntajes altos en dicho factor, dando como consecuencia que la celotipia moderada y la celotipia grave posean el 59% del total de respuestas (41% y 18% respectivamente), acrecentando aún más la probabilidad de la presencia de comportamientos celotípicos en los individuos evaluados. Por otro lado, el 41% restante, corresponde a valores bajos en este factor, que dieron lugar a la ausencia de celotipia y al nivel de celotipia leve (5% y 36% respectivamente).

Puntajes altos en el factor enojo, como lo muestra el gráfico 2, reflejan la molestia y el disgusto por no ser el centro de atención de la pareja, hay molestia por cualquier intrusión a la exclusividad. El enojo se constituye entonces, como una forma de respuesta ante los celos, donde las emociones ciegan los hechos de la situación cuando la persona siente celos. En otras palabras, es una emoción que se expresa con resentimiento e irritabilidad ante situaciones que el celoso interpreta como amenazadoras, por ejemplo: que su pareja muestre amabilidad frente a un desconocido. El enojo podría expresarse de manera pasiva o de manera agresiva. La primera se refiere a la no exteriorización de los sentimientos de ira, por ejemplo al guardarse los comentarios, la manipulación mental y a comportamientos como la “ley del hielo”, la segunda forma (la agresiva) son acciones ligadas al maltrato físico hacia la otra persona o al presunto amante.

Gráfico 3: Análisis del Factor N.3 “Egoísmo-Posesión” del Cuestionario Multimodal de Celos.

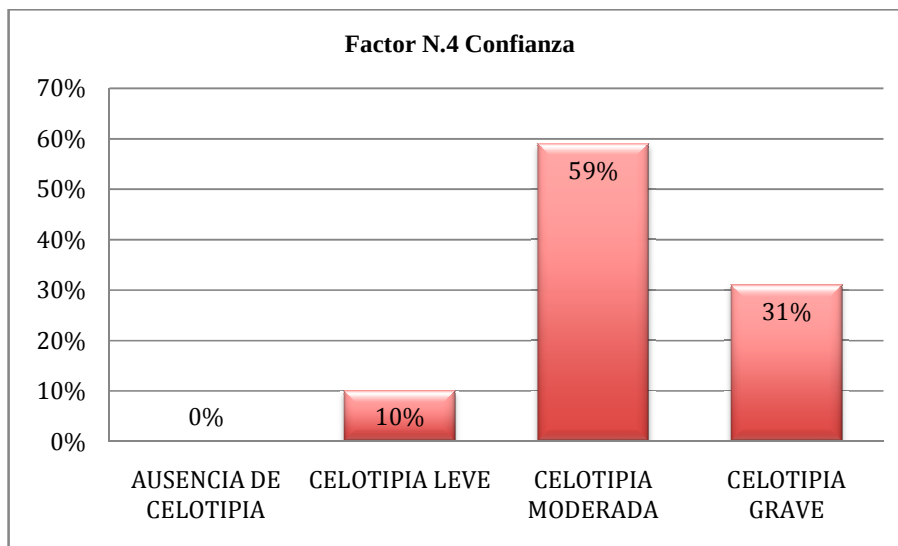


Análisis e Interpretación:

El factor 3 que expresa egoísmo y posesión, consta de 8 preguntas, comprendidas desde la número 21 a la 28, los datos obtenidos, muestran su incidencia principalmente en los niveles de celotipia moderada y grave, los mismo que ostentan las cifras más altas de este factor, con el 87% de las respuestas (35% y 52% respectivamente), dejando al nivel de celotipia leve con el restante 10%, ya que no registraron datos de ausencia de celotipia en el presente factor. Lo que da cuenta de la prevalencia de síntomas asociados al egoísmo y la posesión en la población evaluada.

Al respecto del análisis de los porcentajes altos, se puede decir que somos celosos cuando intentamos tener un control sobre seres humanos que son importantes para nosotros, pero los celos manifestados en el egoísmo, en porcentajes elevados, como se muestra en el presente gráfico, se define como una actitud de disgusto ante la falta de control sobre la pareja, a los cuales se les une el temor de perder el afecto, la ayuda y los servicios de la otra persona. Esta persona y estos servicios son una especie de “posesión”, siempre una posesión muy valiosa. La comprensión de la medida en que uno posee al compañero, tiene un profundo impacto en la vivencia y concepción de los celos, porque cuando ésta sale de su curso normal, la persona celosa, resiste a que su pareja pase tiempo con sus amigo(a)s, en sus entretenimiento o simplemente que no le preste la suficiente atención.

Gráfico 4: Análisis del Factor N.4 “Confianza” del Cuestionario Multimodal de Celos.



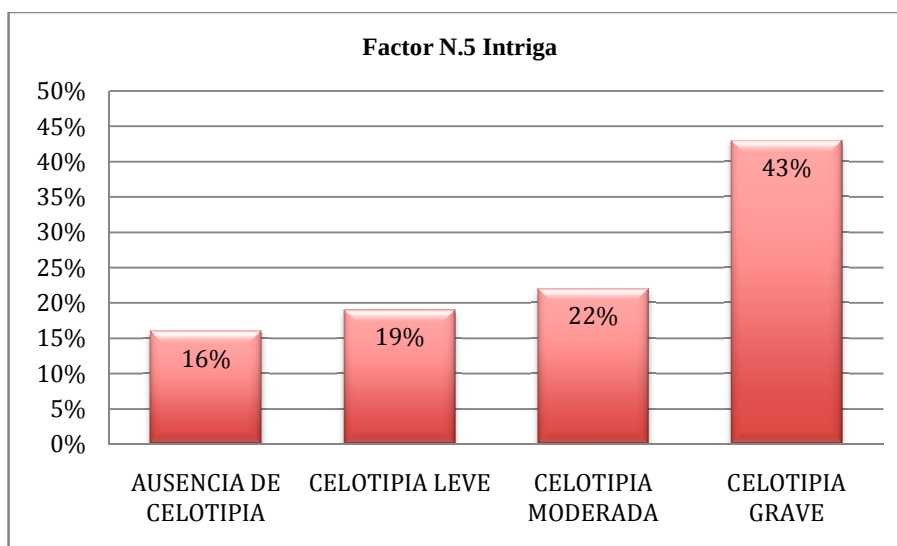
Análisis e Interpretación:

El factor 4, “confianza”, comprende 8 preguntas, que van desde la número 29 a la número 36, los datos reflejan que hay un importante nivel de respuestas comprendidas entre el nivel de celotipia moderado y el nivel de celotipia grave (59% y 31% respectivamente), las mismas que afirman la tendencia a la presencia de comportamientos celotípicos en la población evaluada. El registro en el nivel de celotipia leve, es relativamente bajo, ya que comprende tan solo al 10% del total de los datos, y al igual que en el gráfico 3, tampoco se registran datos en el nivel de ausencia de celotipia, lo que indica la prevalencia del factor confianza.

En porcentajes altos, como los que se presentan, para el factor confianza, ésta se vincula a una forma de ambivalencia ante la inseguridad-seguridad de que la pareja no va a transgredir la norma de exclusividad. Siempre que hay celos hay una duda, es decir, la persona sospecha, pero no está segura de que el evento es real, a partir de ello se crea la ambivalencia, esto, quizá, antes de desconfiar totalmente de la pareja y la relación.

En la subescala confianza se describen formas de ser y actuar con autoconfianza. Parecería curioso que en los celos aparezca como un factor la confianza; sin embargo, también es muy lógico, ya que en la evaluación hay personas que no son celosas. Plantea además la inseguridad en que constantemente vive la persona ante la lealtad de la pareja. Plantea que este sentimiento de malestar es causado por la certeza, la sospecha o el temor de que la persona querida a la que se desea en exclusiva, prefiera volcar su afecto en una tercera persona.

Gráfico 5: Análisis del Factor N.5 “Intriga” del Cuestionario Multimodal de Celos.



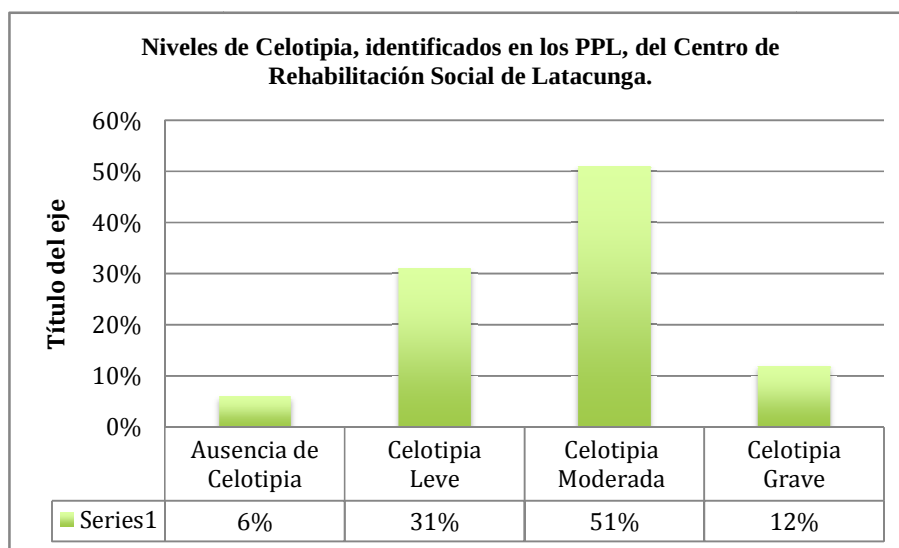
Análisis e Interpretación:

Finalmente, el factor 5, “intriga”, que comprende las 4 preguntas finales, (37, 38, 39 y 40), y arroja los siguientes datos en relación a los niveles de celotipia, con el mayor puntaje en las respuestas, la celotipia moderada y la grave comprenden el 65% de la calificación del presente factor, lo que demuestra una elevada presencia del mismo. Paralelamente, la ausencia de celotipia y el nivel de celotipia leve obtuvieron el 35% del total de resultados (16% y 19% respectivamente). Con esto, se termina de confirmar la presencia de niveles de celotipia, moderados y graves en la población evaluada. En cuanto al análisis de la presencia de rangos elevados de intriga, ésta se define como una forma de pensamiento en donde la persona desconfía y sospecha constantemente de la pareja, vigilándola en todo momento. Dichas personas suelen tener síntomas precursores de ansiedad, tales como imaginar que su pareja trama

cosas a sus espaldas, lo que genera una sensación de futuro incierto, además suelen mostrar mucha curiosidad rayada a la suspicacia al respecto de lo que su pareja hace cuando él no está presente, factores ligados a una percepción de posible daño y perjuicio hacia su persona.

3.3.2 Niveles de Celotipia, identificados en los PPL, del Centro de Rehabilitación Social de Latacunga.

Gráfico 6: Niveles de Celotipia, identificados en los PPL, del Centro de Rehabilitación Social de Latacunga.



Análisis e Interpretación:

Mediante la evaluación a un total de 100 internos, utilizando el Inventario Multimodal de Celos, se determina que en dicha población, existe una considerable

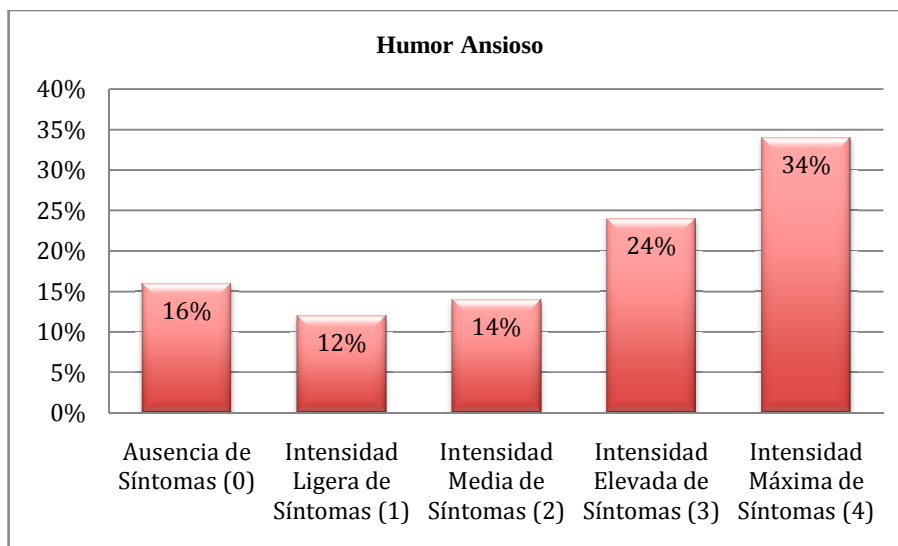
presencia de comportamientos celotípicos, los datos revelan que el 63% de ellos, padecen de celotipia moderada y celotipia grave, (51% y 12% respectivamente), cifras relativamente altas, si se toma en cuenta que tan solo el 37% presenta, ausencia de celotipia y celotipia leve, (6% y 31% respectivamente). A lo que se puede añadir que en dicha población la celotipia alcanza considerables niveles de intensidad.

La población que presenta celotipia moderada y celotipia grave (63%), con relación al aspecto cognitivo, por lo general refleja la creencia de que la pareja está poniendo su atención en alguien más. Se ponen de manifiesto otras características, como los sentimientos de dependencia hacia la otra persona, los cuales generan comportamientos “posesivos”, el dolor generado a consecuencia del miedo frente a la idea del posible engaño, el enojo que está ligado a la frustración de sentirse impotente y no ser el centro de atención, se denota además un marcado egoísmo, como una actitud de disgusto ante la falta de control sobre la pareja, entre otros, características que corresponden a lo que Fromm en su obra *El Inconsciente Social* ha dado en llamar “orientación acaparadora”. Resultados que ya fueron expuestos anteriormente en los gráficos 1, 2, 3, 4 y 5 en los factores del Inventario (Fromm, 1990).

3.4 Resultados de la aplicación de la Escala de Valoración de Ansiedad de Hamilton.

3.4.1 Análisis de los Ítems de la Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton.

Gráfico 7: Análisis de la Pregunta N.1 de La Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton.

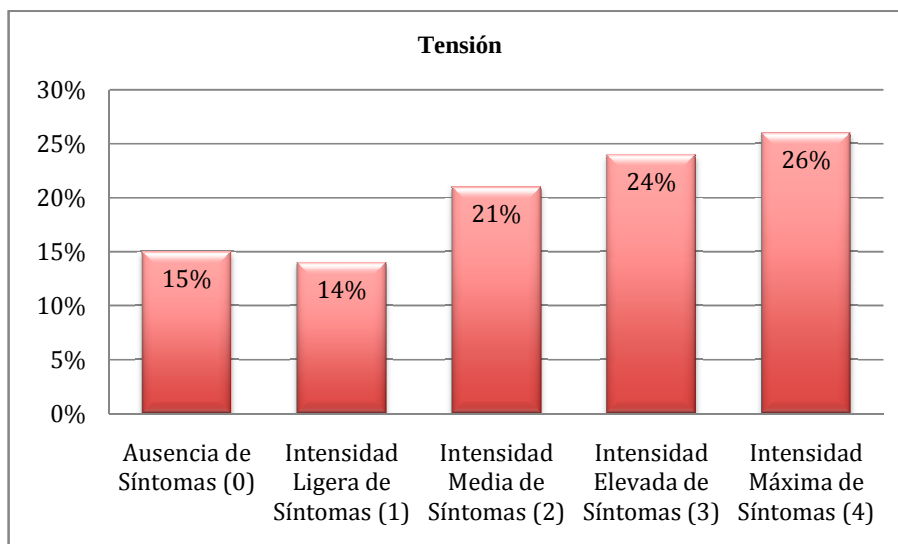


Análisis e Interpretación:

El gráfico N.7, que corresponde a la primera pregunta del Cuestionario Multimodal de Celos de Hamilton, arroja los siguientes resultados: con referencia al humor ansioso, el 16% de personas evaluadas, no presentan síntomas en esta área. No así la

intensidad ligera y la intensidad media que juntas comparten el 26% de personas, (16% y 12% respectivamente), lo que quiere decir que un gran número de personas ya se siente afectada por el humor ansioso y sus distintos síntomas. Finalmente la mayor parte de los evaluados que comparten el rango de intensidad elevada y máxima de síntomas, (ostentan el 68%, 24% y 34% respectivamente) de la intensidad de síntomas, en los que principalmente se destacan la inquietud, que en el caso de la celotipia, está ligada a la preocupación del posible engaño o pérdida del afecto de la pareja, por lo general estas personas suelen esperar lo peor, existe además la aprensión, que consiste en una sensación de desagrado que se siente hacia una persona o cosa, acompañada de un miedo intenso referido a la pérdida de la persona amada. Otro de los síntomas es la irritabilidad.

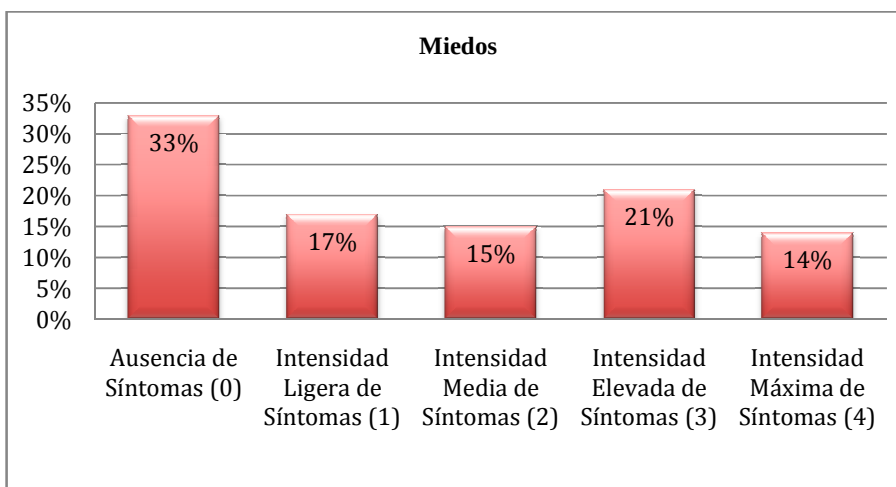
Gráfico 8: Análisis de la Pregunta N.2 de La Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton.



Análisis e Interpretación:

El gráfico N.8, arroja los siguientes resultados: La ausencia de síntomas ocupa un 15% del total del total de evaluados. Mientras que la intensidad ligera y media de síntomas, ocupa un 35% (14% y 21% respectivamente), las personas de este rango, presentan síntomas de tensión media, la misma que causa malestar significativo. Finalmente, la intensidad elevada y máxima de síntomas, con el 50%, ocupa la mitad del total de evaluados, (24% y 26% respectivamente) quienes entre otras cosas presentan sensaciones de tensión y de fatigabilidad, las mismas que generan una imposibilidad para relajarse, en algunos casos se presenta el llanto fácil acompañado de temblores y sensación de no poder quedarse en un lugar. Dichos síntomas se acrecientan, cuando el elemento estresor es más amenazador, en el caso del celoso, cuando interpretan la posible pérdida del afecto de su pareja.

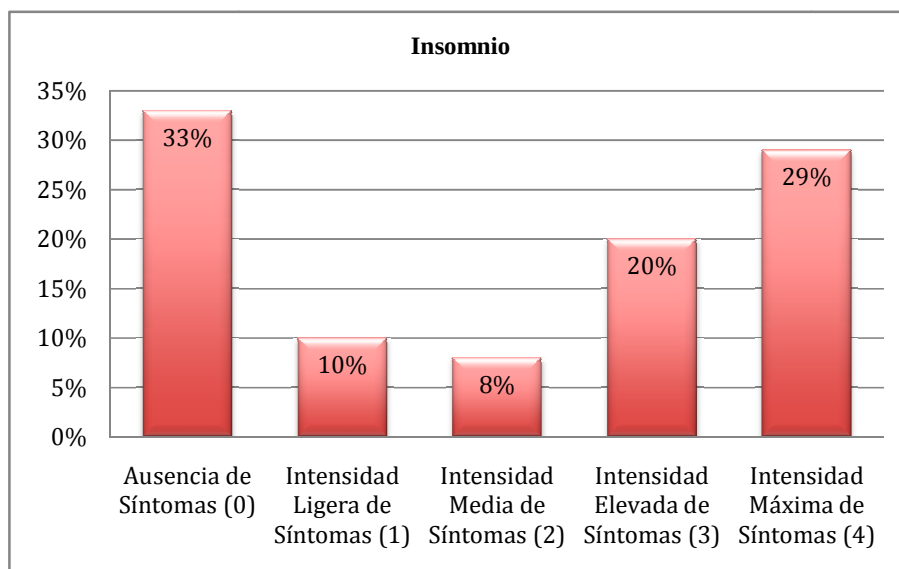
Gráfico 9: Análisis de la Pregunta N.3 de La Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton.



Análisis e Interpretación:

En la presente pregunta, Gráfico 9, la ausencia de síntomas se hace más notoria, ocupando un 33% del total de la población. Paralelamente la intensidad ligera y la intensidad media de síntomas, también crecen en volumen, ya que éstas ocupan el 32% de la población (17% y 15% respectivamente), dichas personas sufren de síntomas significativos, referentes a miedos. El restante 35%, corresponde a las personas que están en el rango de la intensidad elevada y máxima de síntomas de ansiedad, (21% y 14% respectivamente) quienes presentan temores específicos, en niveles de ansiedad altos, éstos suelen estar enfocados en muchos de los casos a la oscuridad, a la gente desconocida, particularmente en la celotipia el miedo está enfocado a la posible pérdida de la pareja. Cabe mencionar, que al respecto de esta pregunta, los examinados, demostraron defensividad, probablemente debido a que en su medio, el temor es percibido como una forma de vulnerabilidad no adaptativa; particular al que se debe los resultados expuestos, los cuales tienden a ser bajos.

Gráfico 10: Análisis de la Pregunta N.4 de La Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton.

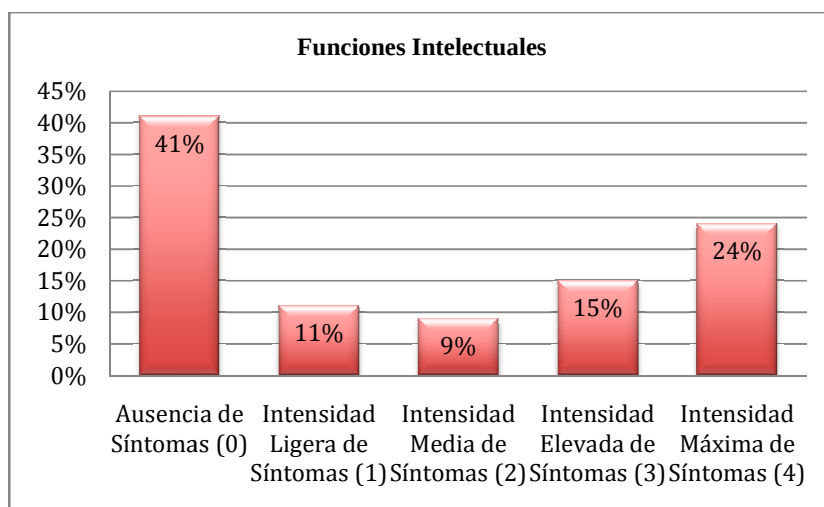


Análisis e Interpretación:

La pregunta 4, referida al insomnio, arroja los siguientes resultados: el 33% de la población evaluada no presenta ningún síntoma en esta área, el cual corresponde a un porcentaje importante. Por el contrario una pequeña porción correspondiente al 18%, la comparten la intensidad ligera y media de síntomas, (10% y 8% respectivamente), dichas personas sienten ya los estragos de los síntomas de insomnio, los mismo que generan una serie de complicaciones en la vida diurna del paciente, el síntoma principal de este nivel sería la dificultad para conciliar el sueño. Finalmente, la gran mayoría pertenece el 49% de los evaluados, que poseen intensidad de síntomas elevados y máximos, dichas personas, tienen deterioro significativo en el área del sueño, suelen padecer, aparte del insomnio, de sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, sueños penosos, pesadillas y terrores

nocturnos. Dichas dificultades, también tienen relación directa con los sueños, ya que la persona al tener ideas obsesivas ligadas al engaño, hacen que les sea imposible conciliar el sueño, del mismo modo las pesadillas y sueños podría tener contenidos ligados al engaño o a la pérdida de la pareja.

Gráfico 11: Análisis de la Pregunta N.5 de La Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton.

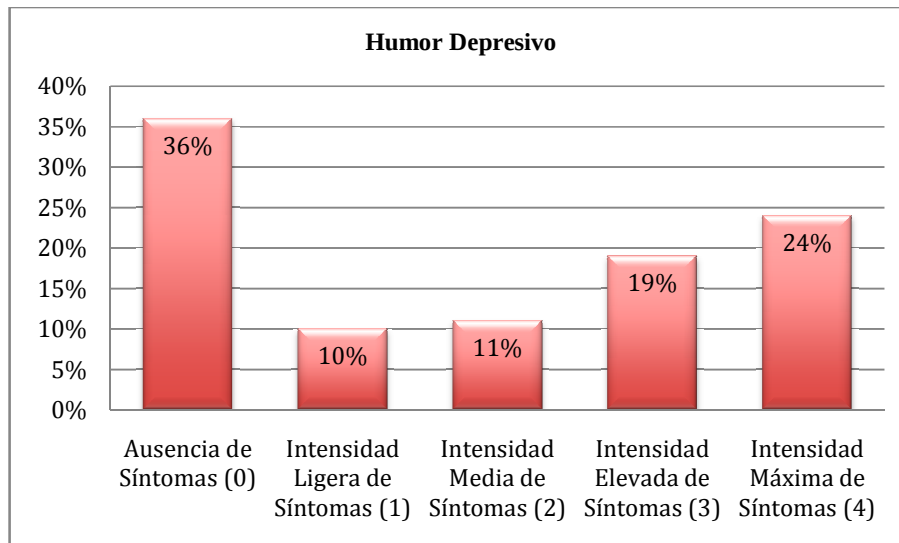


Análisis e Interpretación:

En el gráfico 11, se obtuvieron los siguientes datos, con un porcentaje muy elevado, que alcanza el 41%, se encuentran los individuos que no presentan ningún síntoma y por eso encajan en la clasificación de ausencia de síntomas, seguidamente podemos identificar a una minoría la cual se conforma por la intensidad ligera y la intensidad media de síntomas la cual comprende el 20% (11% y 9% respectivamente), los

cuales ya presentan un leve deterioro que afecta al área de las funciones intelectuales, principalmente en la memoria. Finalmente tenemos, al grupo que contiene a los valores de intensidad elevada e intensidad máxima, los mismos representan una cifra que alcanza el 39% (15% y 14% respectivamente), quienes el deterioro en las funciones intelectuales se hace más notorio, con una clara pérdida de la memoria y dificultades en la concentración, lo que conllevará a la pérdida de la capacidad de retentiva y aprendizaje de la memoria. Sin embargo podría decirse que es una de las áreas menos afectadas en la población, así lo demuestra el 41% de ausencia de síntomas.

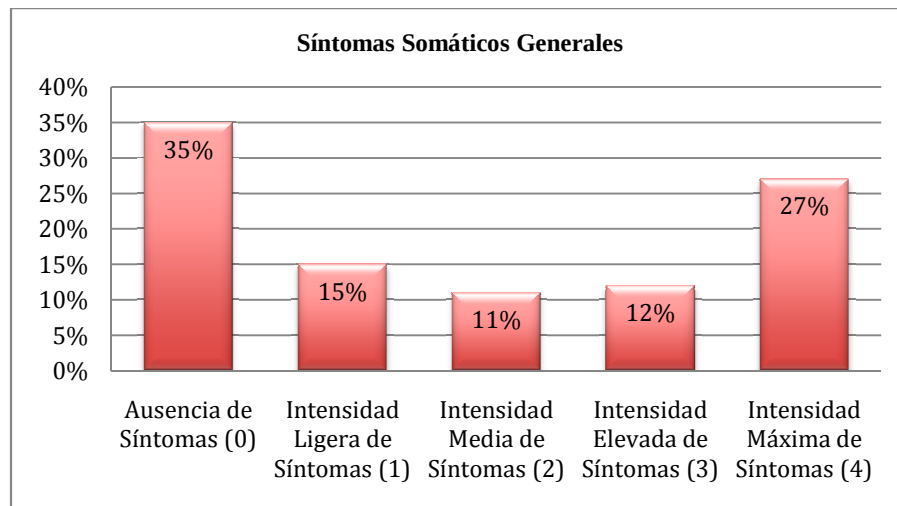
Gráfico 12: Análisis de la Pregunta N.6 de La Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton.



Análisis e Interpretación:

Seguidamente, en el gráfico 12, un buen número de evaluados, el 36%, refleja no tener ningún tipo de síntoma asociado al humor depresivo. Por su parte el 21% de la población presenta intensidad ligera e intensidad media de síntomas, las mismas están distribuidas en un (10% y 11% respectivamente), es una minoría, la cual presenta una intensidad de síntomas considerables, que en el caso de la segunda (intensidad media), podrían causar malestar significativo, destacándose síntomas como los variaciones de humor en el día. Concluyendo, la población que está comprendida entre la intensidad elevada y máxima de síntomas. La misma posee el 44% de la población, lo que aproximadamente es la mitad del total de evaluados, (19% y 24% respectivamente), dicha población, podría tener un deterioro significativo en sus actividades cotidianas, además de presentar síntomas como la falta de interés, estas personas no disfrutan con sus pasatiempos, en el caso de los internos, no logran desempeñar de buena manera sus trabajos y ocupaciones dentro del centro, además denotan síntomas depresivos, acompañados de insomnio en la madrugada y variaciones de humor durante el día.

Gráfico 13: Análisis de la Pregunta N.7 de La Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton.

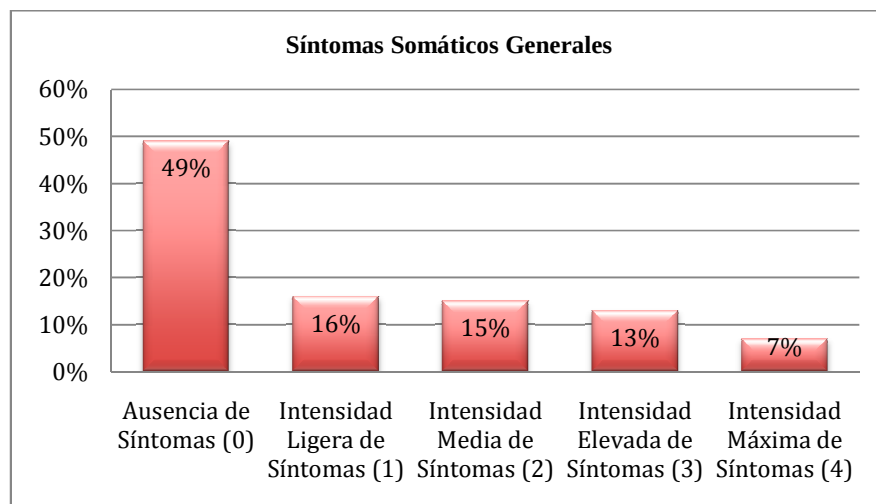


Análisis e Interpretación:

El gráfico 13, expone los siguientes resultados: un buen número de evaluados correspondientes al 35%, está considerado dentro del grupo de ausencia de síntomas. Mientras tanto, un 26% de la población, padece de síntomas leves, pero que sin duda causan malestar, los mismos padecen de intensidad ligera e intensidad media de síntomas (15% y 11% respectivamente) dicha población padece de síntomas somáticos que generan cierto malestar en la persona y que están principalmente asociados a las dolencias musculares. Seguidamente se encuentra el grupo correspondiente a la intensidad elevada y a la intensidad máxima, los mismos que comprenden al restante 39% (12% y 27% respectivamente), dichos internos presentan síntomas más elevados y que sin duda causan malestar significativo, entre los cuales están el dolor y cansancio muscular, la rigidez muscular. Podría

presentarse además los sobresaltos y las sacudidas crónicas, en algunos casos hasta chirrido de los dientes y voz poco firme o insegura. En esta clasificación se nota que el número de evaluados que pertenecen al grupo de ausencia de síntomas es cada vez más elevado, esto se debe a que los síntomas psicológicos se presentan en mayor número que los síntomas somáticos.

Gráfico 14: Análisis de la Pregunta N.8 de La Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton.

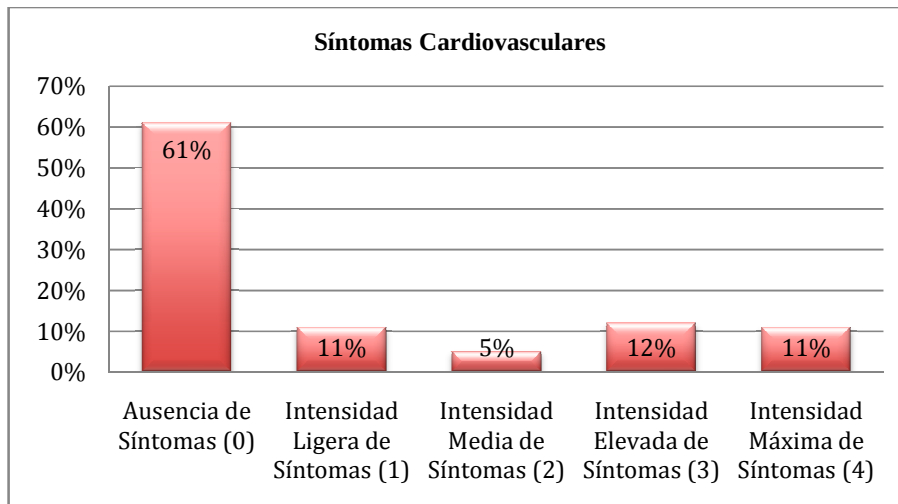


Análisis e Interpretación:

El gráfico 14, expone la incidencia de los síntomas somáticos generales en las personas evaluadas. Según los datos obtenidos, se puede concluir que, existe una masiva presencia de personas que no poseen dichos síntomas y pertenecen al grupo de ausencia de síntomas con el 49% del total de evaluados. Seguidamente, está el subgrupo de personas que poseen intensidad ligera e intensidad media, los mismo

representan a un número considerable de individuos, 30% en total (16% y 15% respectivamente) quienes poseen síntomas no tan elevados y que causan cierto malestar. Finalmente está el último grupo correspondiente a la intensidad elevada y máxima de síntomas, los mismos representan un valor significativamente bajo si se lo compara con la ausencia de síntomas, ya que tan solo comprenden el 20% (13% y 7% respectivamente), dichas personas, entre otros síntomas, podrían padecer de zumbidos de oídos, visión borrosa, cambios en la temperatura corporal como sofocaciones o escalofríos, sensación de debilidad general y hasta en algunos casos se presentan sensaciones de hormigueo en algunas partes del cuerpo.

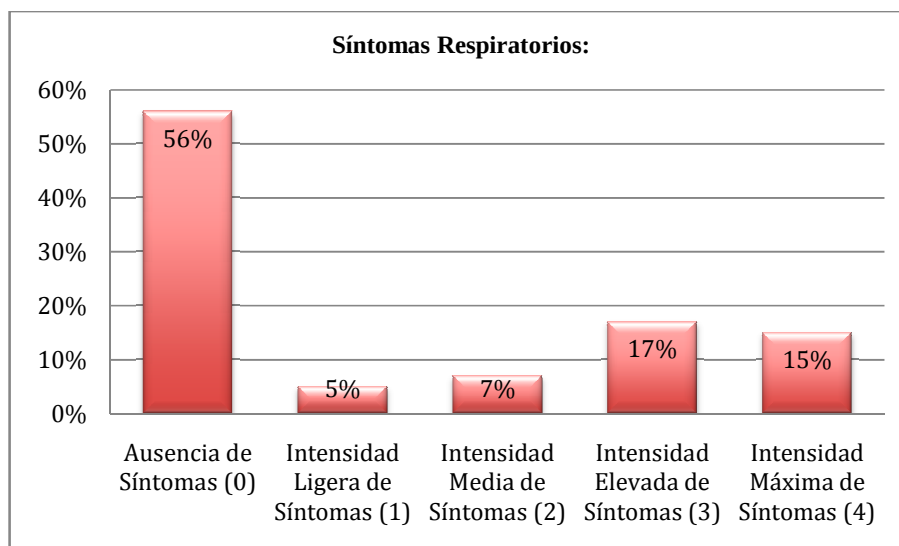
Gráfico 15: Análisis de la Pregunta N.9 de La Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton.



Análisis e Interpretación:

Los datos expuestos en el presente cuadro, demuestran la tendencia a la ausencia de los síntomas somáticos, como se pudo notar en lo expuesto anteriormente en los gráficos 13 y 14. En lo referente a los síntomas cardiovasculares el gran 61%, representa al grupo (ausencia de síntomas), sin duda la gran mayoría, lo que denota que dichos síntomas no generan malestar a la colectividad de evaluados. Es así que tan solo el 16% de la población los padece de manera leve, dicho porcentaje corresponde a la intensidad ligera y media de síntomas cardiovasculares (11% y 5% respectivamente). Dejando un 23% de la población total en los niveles de intensidad elevada y máxima de síntomas (12% y 11 respectivamente), entre los principales malestares que presenta esta mínima población se destacan la taquicardia, las palpitaciones, algunos dolores en el pecho, latidos vasculares, en algunos casos podrían presentarse trastornos del ritmo cardiaco como la extrasístoles.

Gráfico 16: Análisis de la Pregunta N.10 de La Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton.

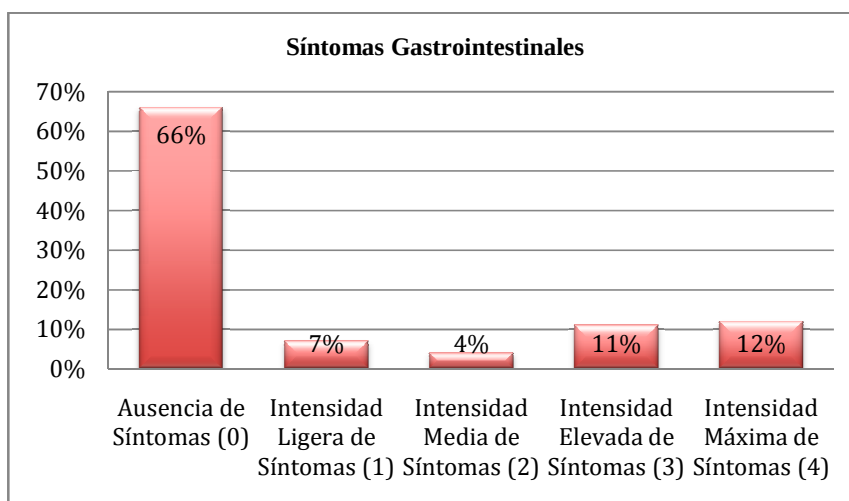


Análisis e Interpretación:

La tendencia en el aumento de la ausencia de síntomas continúa en el presente gráfico, ya que el 56% del total de evaluados pertenece a este grupo. Seguidamente están los individuos que presentan intensidad ligera e intensidad media de síntomas, los cuales a nivel respiratorio presentan ciertas dificultades pero en menor intensidad, este grupo comprende el 12%, distribuido en 5% para la intensidad ligera y 7% para la media. Para concluir, está el grupo perteneciente a la intensidad elevada e intensidad máxima de síntomas, los mismos comprenden al 32% de la población total, un número también importante de personas que padecen, entre otras cosas de síntomas como la sensación de peso en el pecho o también llamada sensación de

opresión torácica, podría también existir sensaciones de ahogo, suspiros a lo largo del día y falta de aire, entre otros padecimientos.

Gráfico 17: Análisis de la Pregunta N.11 de La Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton.

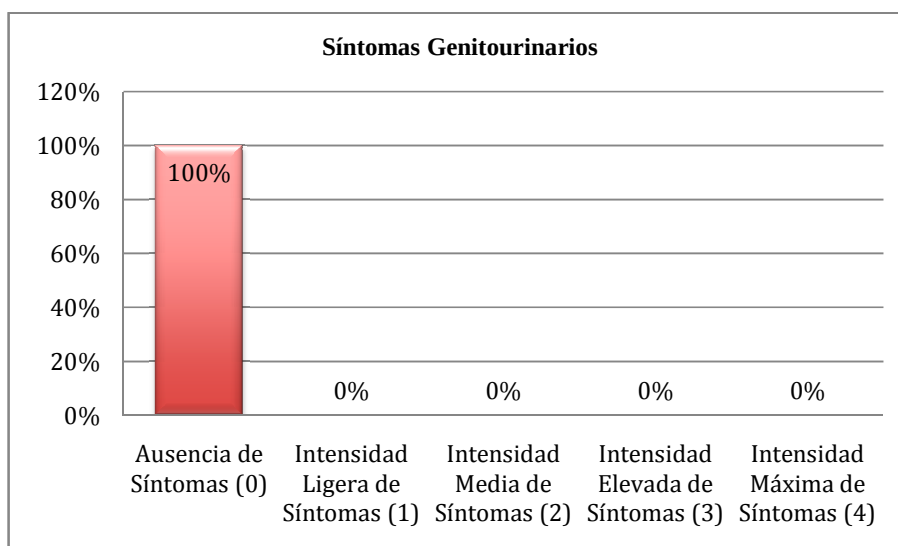


Análisis e Interpretación:

Como se puede ver en el presente gráfico, la gran mayoría de evaluados no presenta ningún tipo de anomalía que tenga que ver con los malestares gastrointestinales, ya que dicha población (ausencia de síntomas) contiene el 66% del total de personas evaluadas. Paralelamente, tan solo el 11% corresponde a la intensidad de síntomas ligero y medio (7% y 4% respectivamente), dicha población, presenta dificultades que causan cierto malestar, principalmente se nota una dificultad para tragar y metabolizar lo ingerido. El 23% restante lo comprenden las poblaciones de

intensidad elevada y máxima (11% y 12% respectivamente) las mismas que padecen deterioro significativo ligado a complicaciones gastrointestinales, ya que, aparte de la dificultad para tragar y metabolizar los alimentos, podrían además, presentar cuadros de dispepsia (alteración funcional del aparato digestivo), dolores antes o después de comer, las que suelen estar acompañadas de sensación de ardor en el estómago, en algunos casos se presentan distensiones abdominales, pirosis, náuseas y vómitos, en algunos casos sensación de estómago vacío, acompañados de cólicos abdominales, borborismos y Diarreas.

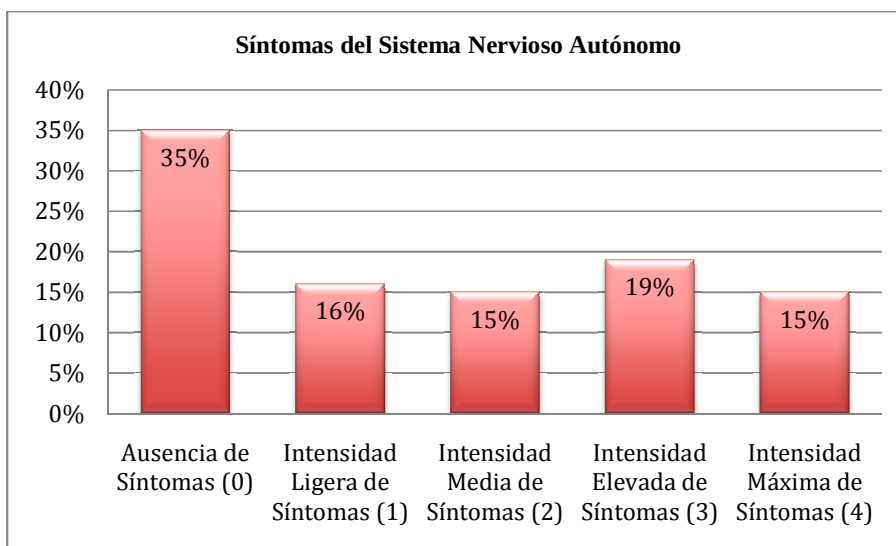
Gráfico 18: Análisis de la Pregunta N.12 de La Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton.



Análisis e Interpretación:

Los síntomas genitourinarios en los hombres por lo general constan de: la aparición de la frigidez, las micciones frecuentes, la urgencia de la micción, la eyaculación precoz y la ausencia de erección e impotencia. En el análisis de la pregunta 12, no solo se tomará en cuenta los datos reflejados en el gráfico, sino también se tomará en cuenta la observación por parte del investigador en el momento de la aplicación del reactivo, ya que como se puede observar en la gráfica 18, el 100% de personas valoradas, afirmó no tener ningún tipo de síntoma asociado a las complicaciones genitourinarias, por esta razón toda la población pertenece al grupo de ausencia de síntomas, sin embargo, es muy poco probable que esto sea totalmente cierto, se podría encontrar una explicación en el principio de que, en el abordaje de los temas sexuales y más específicamente los que implican temas como la virilidad del hombre, se vea un rechazo por parte de la población, ya que éstos (los temas de carácter sexual), toman cierto tipo de tinte vergonzante, lo que haría que un número masivo de personas se resista a contestar la pregunta, claramente, este factor, interviene en el resultado final de la prueba ya que la intensidad de los síntomas baja considerablemente en esta pregunta.

Gráfico 19: Análisis de la Pregunta N.13 de La Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton.

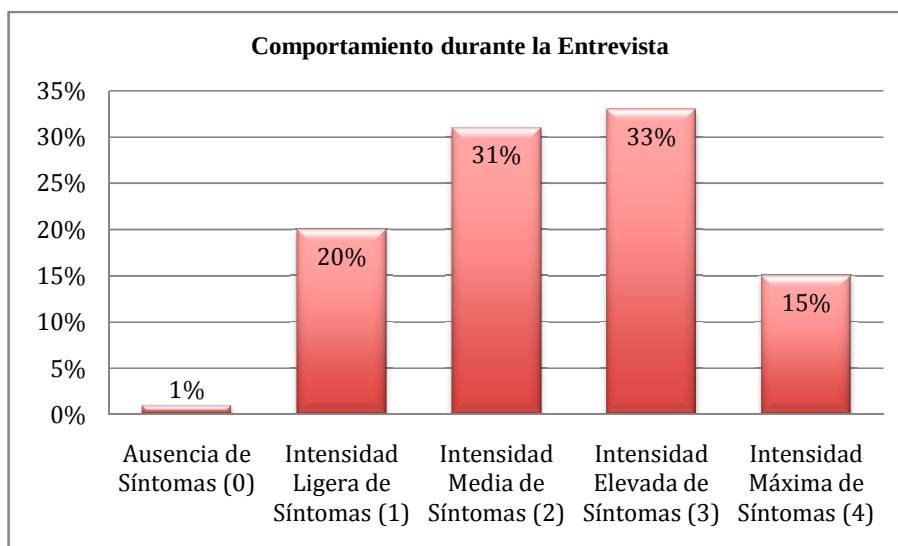


Análisis e Interpretación:

La pregunta número 13, expuesta en el presente gráfico, es la última de las referentes a los síntomas somáticos de la ansiedad, ésta presenta valores más equilibrados, sin embargo se mantiene la tendencia a la ausencia de síntomas, que en este caso contienen a un 35% de la población. Un 31% lo comprenden las poblaciones de intensidad ligera e intensidad media, (16% y 15% respectivamente) los mismo que comienzan a padecer complicaciones en el sistema autónomo, que si bien no son tan aversivas, generan cierto tipo de malestar, principalmente se nota a la cefalea como el principal síntoma en este rango. Simultáneamente el 34% restante de la población lo comparten la intensidad elevada y la intensidad máxima de síntomas, (19% y 15% respectivamente), los mismos que tiene síntomas marcados y que afectan

significativamente al sistema autónomo, entre los principales se encuentran la sequedad de boca, accesos de rubor o palidez, fenómenos como la transpiración excesiva, en algunos casos de niveles altos podría existir la presencia de vértigos, cefalea de tensión y horripilación.

Gráfico 20: Análisis de la Pregunta N.14 de La Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton.



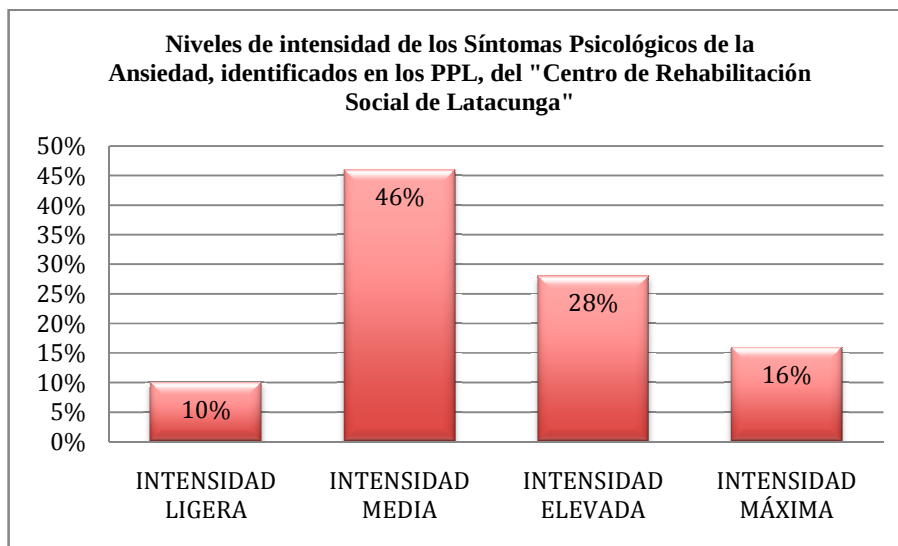
Análisis e Interpretación

La pregunta número 14, se refiere al comportamiento del individuo durante la entrevista, mediante la apreciación del evaluador. En este caso, tan solo el 1% de los evaluados, no mostró signos de comportamientos ansiosos. Los demás están distribuidos de la siguiente manera. El 51%, encaja dentro de la intensidad ligera e

intensidad media de síntomas, (20% y 31% respectivamente) los mismos que mostraron ciertos patrones de conducta como tensión, incomodidad frente a las preguntas, entre otros. El restante 48%, lo comprende el grupo intensidad elevada e intensidad máxima con (33% y 15% respectivamente), quienes entre otras cosas presentaron, agitación nerviosa, frotación de dedos y manos. Inestabilidad, postura cambiante. Temblor de las manos e hiperhidrosis. Lo que nos da una clara idea del miedo y el rechazo que tienen los privados de libertad a ser evaluados y juzgados por otros.

3.4.2 Niveles de Intensidad de la Ansiedad.

Gráfico 21: Niveles de Intensidad de los Síntomas Psicológicos de la Ansiedad, identificados en los PPL, del "Centro de Rehabilitación Social de Latacunga".



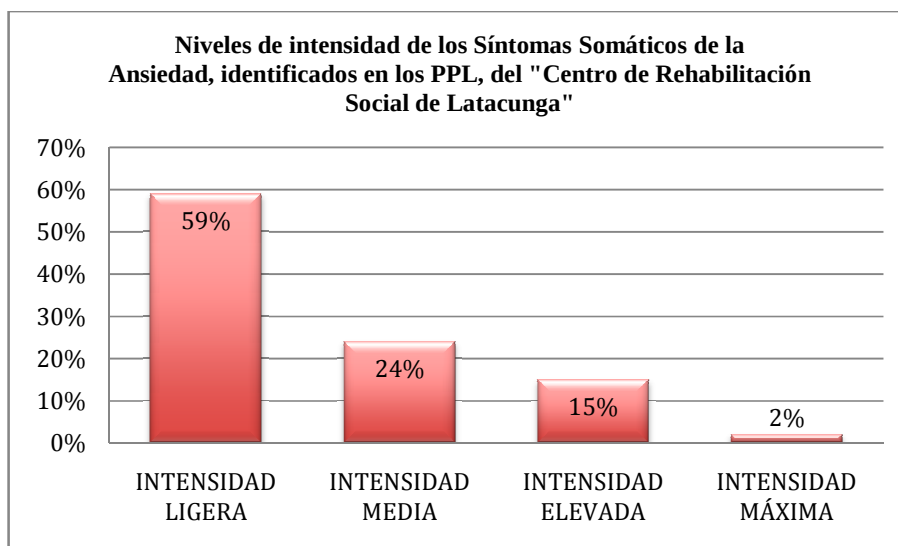
Análisis e Interpretación:

La aplicación del test de Hamilton revela que la ansiedad a nivel psicológico, presenta niveles considerablemente altos, pues los rangos de ansiedad elevada y máxima, alcanzan el 44% (28% y 16% respectivamente), mientras que en las poblaciones normales, dichos rangos se presentan apenas en un 28% en países como España y Estados Unidos, y en regiones como Latinoamérica, así lo demuestran, estadísticas de la Organización Mundial de la Salud, en el año 2010.

El incremento de dichas tasas podría deberse a las características y factores propios de la población evaluada, dicho factor, podría predisponer el apareamiento de diversos síntomas ansiosos tales como la celotipia, debido a que los trastornos ansiosos se distinguen por su alta comorbilidad, lo que implica una considerable presencia de ansiedad dentro de la población evaluada.

Los subgrupos, de intensidad elevada e intensidad máxima, poseen síntomas y signos de carácter psicológico, entre los que se destacan: la incapacidad para centrarse y resolver problemas, mala memoria e inquietud, trastornos de sueño, incapacidad total para centrarse y la desintegración de la capacidad de afrontamiento, sensaciones de tensión imposibilidad de relajarse, miedos falta de interés y depresión, entre otros.

Gráfico 22: Niveles de Intensidad de los Síntomas Somáticos de la Ansiedad, identificados en los PPL, del "Centro de Rehabilitación Social de Latacunga".



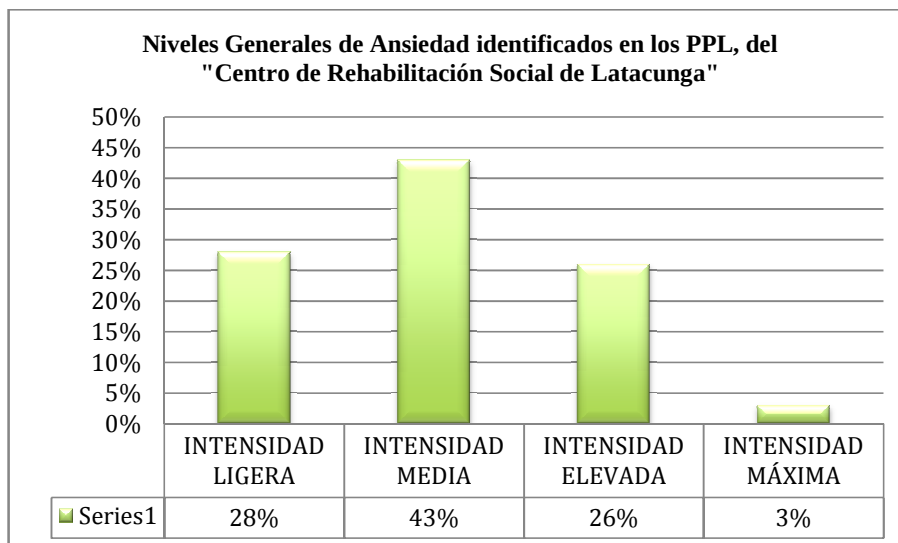
Análisis e Interpretación:

El Gráfico 22, expone los niveles de intensidad de los síntomas somáticos de la ansiedad. Los datos reflejan que existe una considerable baja en la intensidad de dichos síntomas, es así que, un 83% de la población posee niveles de intensidad de la ansiedad ligera y media (59% y 24% respectivamente), lo que corresponde a la gran mayoría, frente al 17% de la población que padece de niveles de síntomas elevados y máximos (15% y 2% respectivamente). Si se comparan, los niveles de los síntomas somáticos, con los niveles de los síntomas psicológicos (Gráfico 21), se nota que los primeros (los somáticos), tienen rangos mucho menores que los segundos. Debido a que la celotipia, es una inferencia de carácter cognitivo, factor sustentado por los principios de la teoría cognitivo-conductual, afecta directamente la esfera psíquica

del individuo y solo consecuentemente a su soma; lo que parecería demostrar la presencia de comportamientos celotípicos como respuesta al incremento de los niveles de los síntomas psicológicos de la ansiedad.

El grupo minoritario de personas que encajan en los rangos de intensidad elevada y máxima, suelen padecer los siguientes síntomas somáticos: dolores musculares, sensación de debilidad, cefaleas, rigidez muscular, dificultades para digerir la comida, fuertes dolores y cansancio muscular frecuente zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocaciones, en los casos en los que la ansiedad se torna peligrosa, suelen padecer de taquicardias, dolores fuertes en el pecho, acompañados de ahogos y sofocaciones, que podrían desencadenar en ataques de pánico.

Gráfico 23: Niveles Generales de Ansiedad identificados en los PPL, del "Centro de Rehabilitación Social de Latacunga".



Análisis e Interpretación:

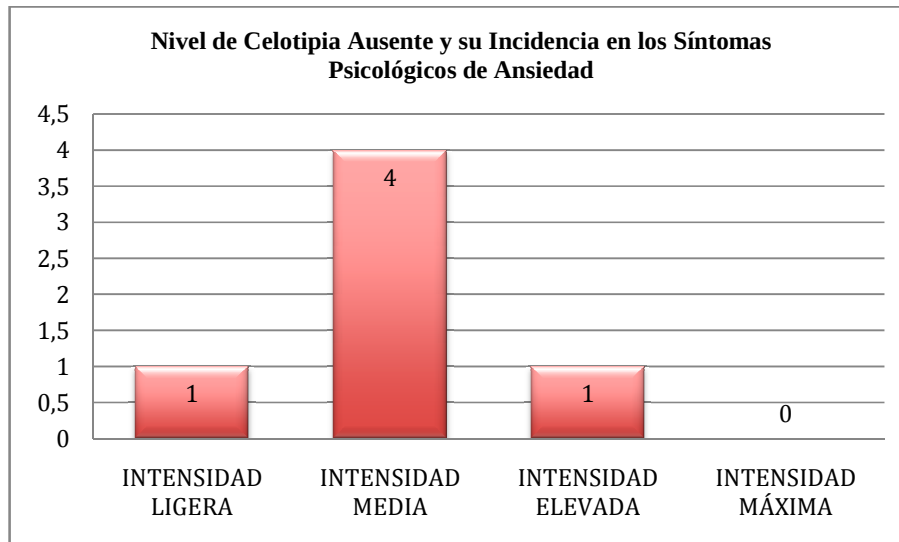
A continuación, en la Gráfica 23, se esquematizan los Niveles Generales de Ansiedad, se trata del promedio general, resultado de los datos obtenidos de los Niveles de Intensidad de los Síntomas Psicológicos y Somáticos de la Ansiedad, (expuestos anteriormente en las gráficas 21 y 22 respectivamente). El grupo que presenta mayor prevalencia, corresponde a ansiedad media (48%), seguido de ansiedad de intensidad ligera (28%). El nivel de intensidad medio o moderado si tomamos el criterio de calificación del DSM-V, corresponde a una calificación global de 60 a 51 en el Eje V “Evaluación de la actividad global”, el cual posee síntomas moderados como el afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar.

La intensidad elevada y la intensidad máxima, (segundo grupo), aunque representan a la minoría, también ocupan un importante número de casos 29% en total distribuidos con el 26% y 3% respectivamente, en la primera (la elevada), los síntomas se vuelven cada vez más significativos y ya causan malestar significativo en la persona que los padece. Entre los principales síntomas psicológicos asociados se encuentran: la incapacidad para centrarse y resolver problemas, además en ellas existe la activación del sistema nervioso simpático, mala memoria e inquietud y entre los somáticos están: la rigidez muscular, dificultades para digerir la comida, fuertes dolores y cansancio muscular frecuente.

Finalmente en la intensidad máxima, siendo el máximo nivel de ansiedad, ésta llega a causar gran malestar en la persona, impidiendo el óptimo desenvolvimiento en las actividades diarias, además, está acompañada de distintos síntomas psicológicos y somáticos entre los principales están: las obsesiones y compulsiones, hiperhidrosis, sequedad de boca, mareo, inestabilidad, la preocupación y aprensión, temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias, sensación de agobio, palpitaciones, taquicardias, miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte, dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria, náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo, irritabilidad, inquietud, micción frecuente, problemas de la esfera sexual, conductas de evitación de determinadas situaciones, inhibición o bloqueo psicomotor. Se concluye que, los datos obtenidos en la intensidad elevada y grave, 29% en total, coinciden con los datos encontrados en países como España y Estados Unidos, donde los niveles de ansiedad bordean el 28% según la Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2005), sin embargo hay que tomar en cuenta el gran número de internos evaluados, 43%, que presentan intensidad media de síntomas, lo cual demuestra la tendencia de que en dicha población, se presenten niveles significativos y elevados casos de ansiedad.

3.5 Niveles de Celotipia y su Incidencia en la Ansiedad.

Gráfico 24: Nivel de Celotipia Ausente y su Incidencia en los Síntomas Psicológicos de Ansiedad.

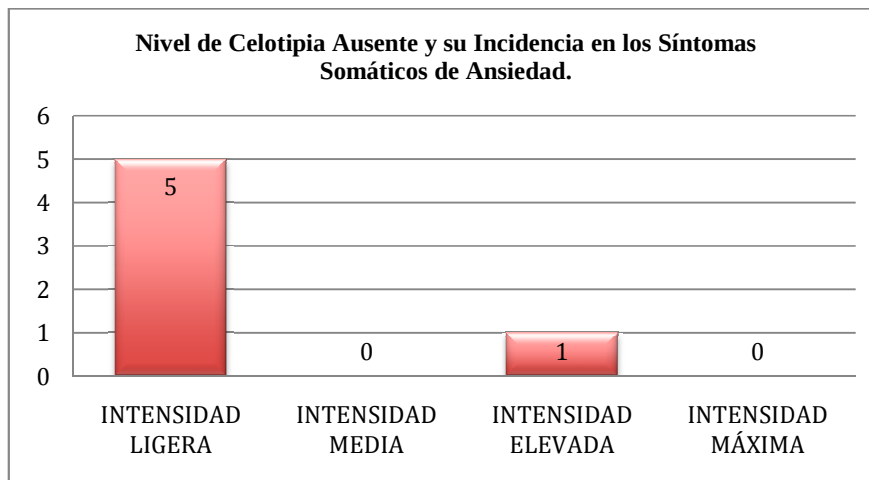


Análisis e Interpretación:

El presente gráfico, muestra al primer nivel de celotipia, (ausente), y su incidencia en la intensidad de los síntomas psicológicos de la ansiedad, es así que, se encontraron los siguientes datos: tan solo 1 persona evaluada presenta intensidad ligera, mientras que en 4 casos la intensidad es media, del mismo modo, en la intensidad elevada, tan solo se registró un caso, paralelamente no se registraron casos en el nivel de intensidad máxima. A lo que se puede concluir que en presencia de casos con “ausencia de celotipia”, los síntomas psicológicos de ansiedad, tienen prevalencia en

la intensidad media, mientras que no existen registros de presencia de síntomas psicológicos, si los niveles de celotipia son igualmente bajos o ausentes.

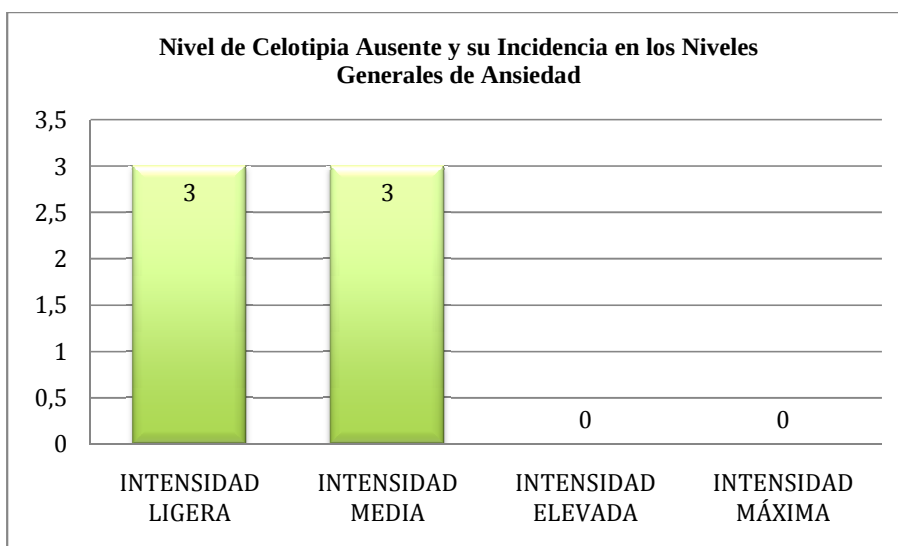
Gráfico 25: Nivel de Celotipia Ausente y su Incidencia en los Síntomas Somáticos de Ansiedad.



Análisis e Interpretación:

De igual forma, como ya se había observado anteriormente en el gráfico 24, los niveles de celotipia muy bajos o ausentes, tampoco coexisten con síntomas somáticos elevados de la ansiedad. Es así que del total de 6 casos registrados en este nivel, 5 individuos presentan intensidad ligera de síntomas somáticos. Paralelamente, la intensidad media y la intensidad máxima, no registran ningún caso, y finalmente en la intensidad elevada se registró tan solo el 1%, lo que demuestra la tendencia a la carencia de síntomas somáticos de la ansiedad si los niveles de celotipia son ausentes.

Gráfico 26: Nivel de Celotipia Ausente y su Incidencia en los Niveles Generales de Ansiedad.

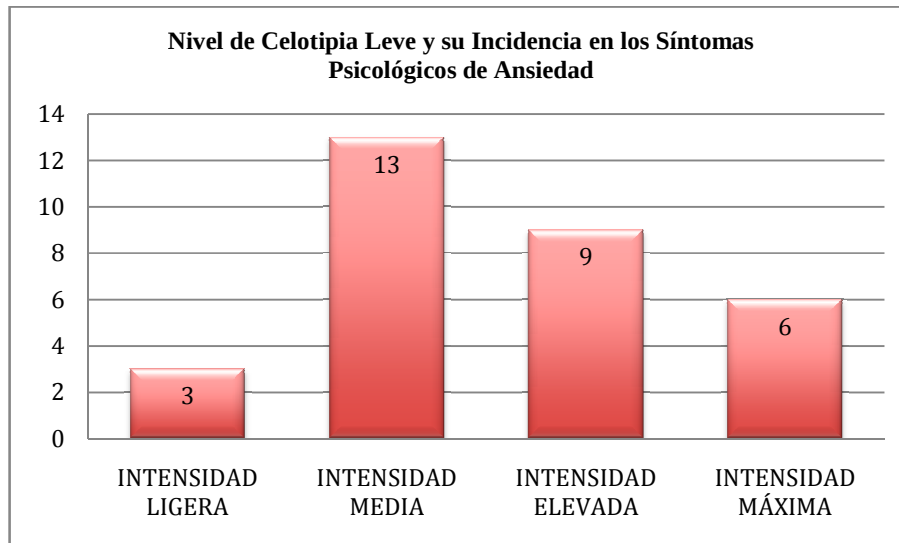


Análisis e Interpretación:

Realizando un promedio entre la incidencia de la ausencia de celotipia, en los niveles de los síntomas psicológicos y somáticos de la ansiedad, (gráficos 24 y 25) se obtuvo el resultado final de la incidencia que tiene “ausencia de celotipia” en los niveles generales de ansiedad. Así queda demostrado que en presencia de casos de “ausencia de celotipia”, (6% del total de evaluados), es muy poco probable que coexistan síntomas elevados de ansiedad, mucho peor trastornos. Ya que como se puede observar en el presente gráfico, del total de personas que presentan este nivel de celotipia (ausente), 6 de ellos se encuentran ubicados en el rango de niveles de intensidad ligera (3 casos) e intensidad media (3 casos), mientras que no se registran datos en la intensidad elevada (0) y en la intensidad máxima (0), a lo que se puede

concluir que el 50% de casos con ausencia de celotipia, presentan niveles de ansiedad ligera y el otro 50% presentan niveles de ansiedad media.

Gráfico 27: Nivel de Celotipia Leve y su Incidencia en los Síntomas Psicológicos de Ansiedad.

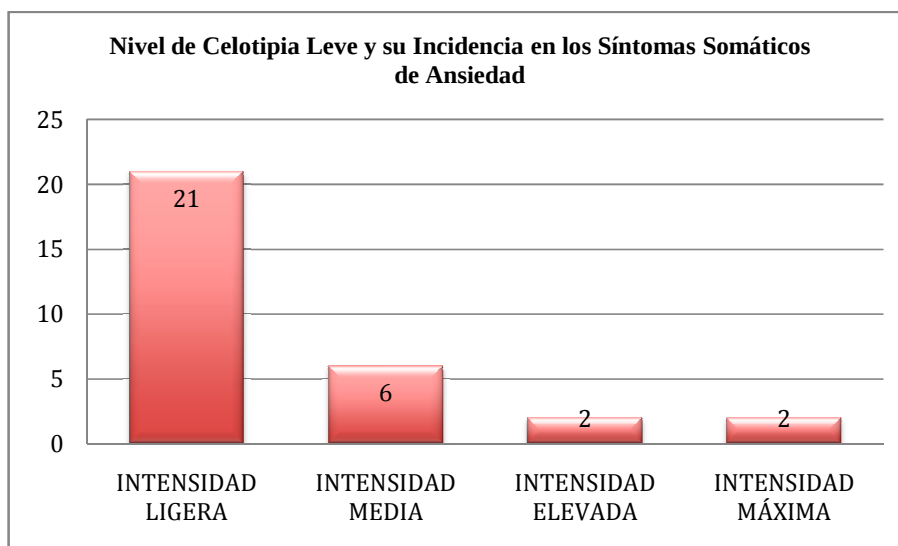


Análisis e Interpretación:

Según lo evaluado, se añade que, en presencia de casos con niveles de “celotipia leve”, los síntomas psicológicos de ansiedad presentan las siguientes cifras: 3 casos, presenta síntomas ligeros, mientras que la intensidad media posee 13 casos, lo que da cuenta de un aumento considerable en el número de casos, si se los compara con lo ya expuesto en el gráfico 24, donde los niveles de los síntomas psicológicos son relativamente escasos. Por otro lado, 9 de los individuos presentan intensidad elevada, y los 6 restantes intensidad máxima, lo que demuestra que en presencia de “celotipia leve”, podrían darse casos en los cuales la intensidad de los síntomas de

ansiedad, mantenga registros elevados; 15 casos en total, si se toma en cuenta la intensidad elevada y máxima.

Gráfico 28: Nivel de Celotipia Leve y su Incidencia en los Síntomas Somáticos de Ansiedad.

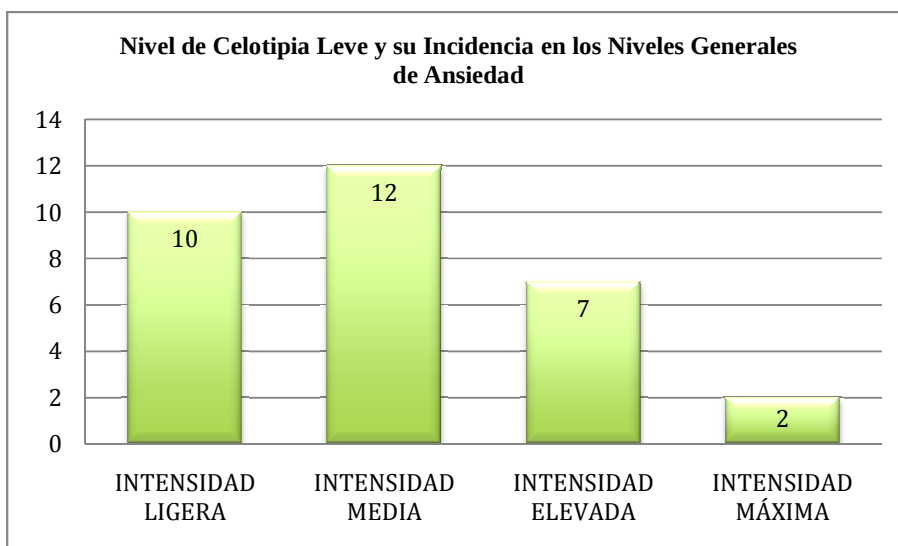


Análisis e Interpretación:

En relación al gráfico 27, en el presente, los niveles de síntomas somáticos de la ansiedad, poseen valores mucho más bajo que los síntomas psicológicos de la ansiedad, es así que, la intensidad ligera y media, ocupa un gran porción de la población, 27 casos en total, (21 y 6 respectivamente), lo que demuestra que en presencia de celotipia leve, los niveles de los síntomas somáticos de ansiedad son relativamente bajos, así lo comprueba, los 4 casos restantes que pertenece a la intensidad elevada y la intensidad máxima (2 a cada una), cifras relativamente bajas

si se las compara con lo obtenido en los síntomas psicológicos de la ansiedad (gráfico 27), en intensidad elevada y máxima.

Gráfico 29: Nivel de Celotipia Leve y su Incidencia en los Niveles Generales de Ansiedad.

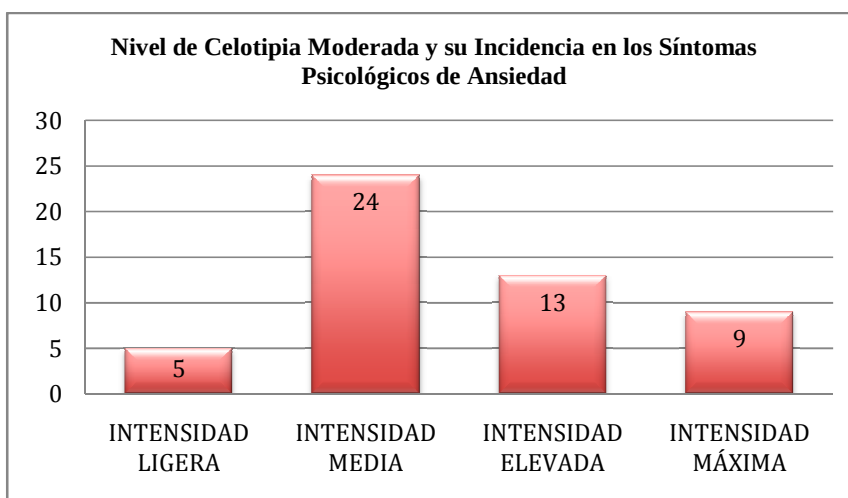


Análisis e Interpretación:

Según los datos recogidos, se determina la incidencia del nivel de celotipia leve en los distintos niveles de ansiedad, es así que en presencia de casos que presentan niveles de celotipia leve (31% del total de la población), es notoria la presencia de importantes niveles de ansiedad, no así en lo ya expuesto anteriormente en los gráficos 24, 25 y 26 donde en ausencia de celotipia, los niveles de ansiedad eran relativamente más bajos y en algunos casos ausentes. Si bien es cierto, en esta clasificación la mayoría de casos pertenece a la intensidad ligera y media, con el 22

casos (10 y 12 respectivamente), las cifras de ansiedad van aumentando en intensidad, con relación al incremento de los niveles de celotipia. Es así que, 9 de los casos que padecen de niveles de celotipia leve, sobrellevan también intensidad elevada y máxima de ansiedad (7 y 2 respectivamente), lo que representa una importante cifra, considerando que en la ausencia de celotipia, no existen valores en estos rangos de ansiedad.

Gráfico 30: Nivel de Celotipia Moderada y su Incidencia en los Síntomas Psicológicos de Ansiedad.

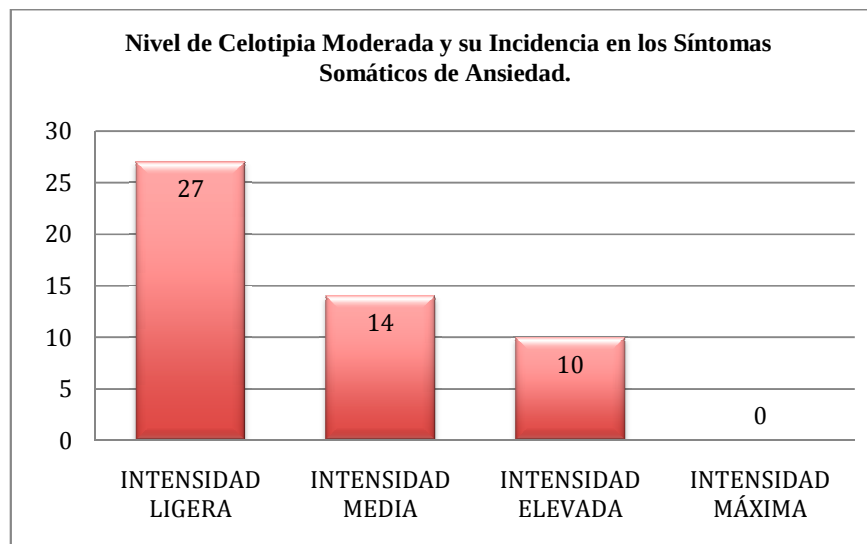


Análisis e Interpretación:

Con relación al nivel de celotipia moderada, los síntomas psicológicos de ansiedad se ven cada vez más acrecentados, con relación a lo ya expuesto anteriormente en la incidencia que tiene la ausencia de celotipia y el nivel de celotipia leve en los síntomas psicológicos (gráficos 24 y 27). Es así que la intensidad ligera y la

intensidad media, comprenden 29 casos, (5 y 24 respectivamente), ésta segunda clasificación claramente posee un gran número de casos, lo que demuestra la incidencia que tiene los niveles cada vez más altos, en la génesis de los síntomas psicológicos de la ansiedad. Finalmente, la intensidad elevada e intensidad máxima constan de 22 casos, (13 y 9), las cifras más altas referentes a la incidencia de la celotipia en los síntomas psicológicos de la ansiedad, lo que también demuestra que en presencia de celotipia moderada, también coexisten niveles altos de síntomas ansiosos.

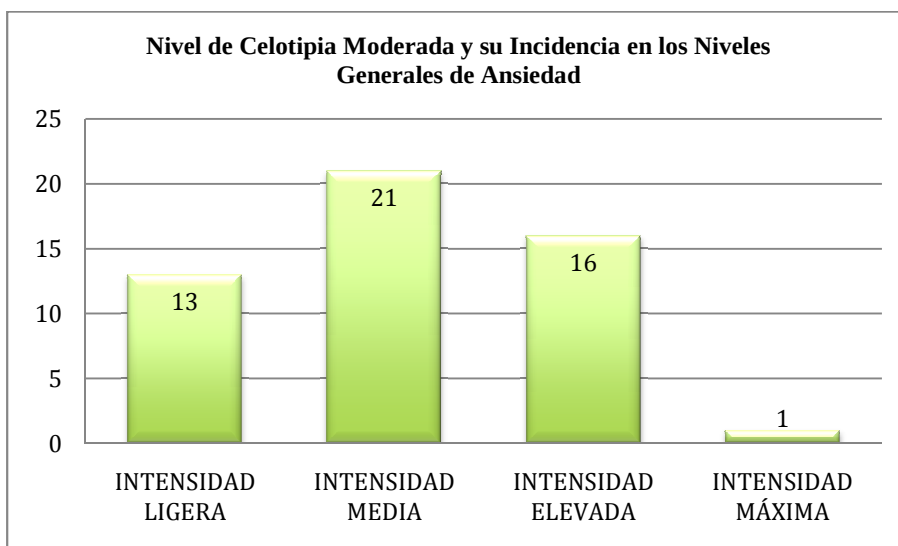
Gráfico 31: Nivel de Celotipia Moderada y su Incidencia en los Síntomas Somáticos de Ansiedad.



Análisis e Interpretación:

Comparando los datos obtenidos en el gráfico 30, con los del presente gráfico, los niveles de intensidad de los síntomas psicológicos, poseen valores mucho más elevados que los niveles de intensidad de los síntomas somáticos identificados en la misma población, ya que, 41 casos se encuentran en el rango de intensidad ligera y media, (27 y 14 respectivamente). Y tan solo 10 de los casos pertenecen a la intensidad elevada, paralelamente la intensidad máxima no cuenta con cifras. Por lo que se concluye que la presencia de celotipia moderada tiene poca incidencia en la génesis de síntomas somáticos de la ansiedad.

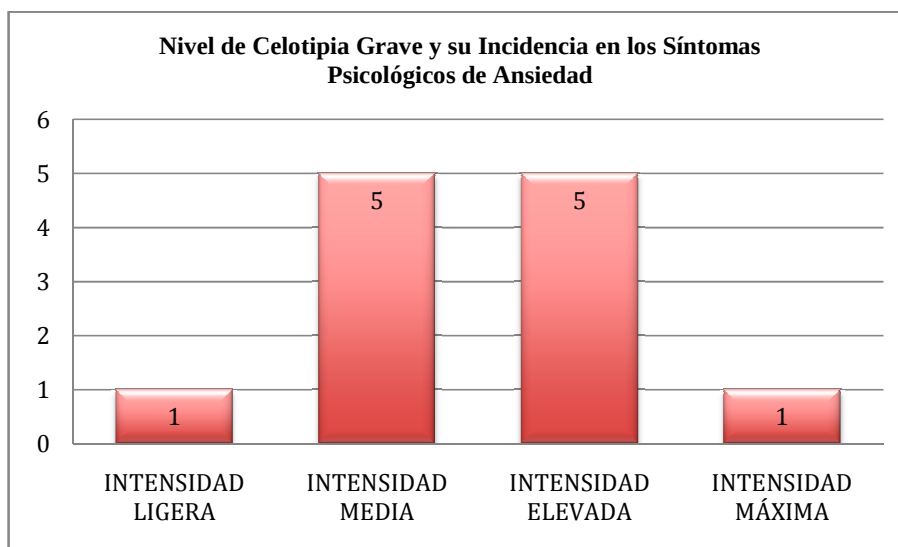
Gráfico 32: Nivel de Celotipia Moderada y su Incidencia en los Niveles Generales de Ansiedad.



Análisis e Interpretación:

Finalmente, al respecto de la incidencia de la celotipia moderada en los niveles generales de ansiedad, se obtuvieron los siguientes datos. En presencia de celotipia moderada, las cifras son cada vez más elevadas si se las compara con lo visto anteriormente en la incidencia de la ausencia de celotipia y la celotipia leve (gráficos 26 y 29). Es así que, se presentan 13 casos síntomas de intensidad ligera. Mientras que la intensidad media junto con la intensidad elevada, registran los valores más altos de incidencia de la celotipia en la ansiedad, con un total de 37 casos (21 y 16 respectivamente). Finalmente, se registra 1 solo caso que presenta nivel de ansiedad máxima, así se demuestra que en la presencia de celotipia moderada, existe al menos un pequeño porcentaje de intensidad máxima de la ansiedad.

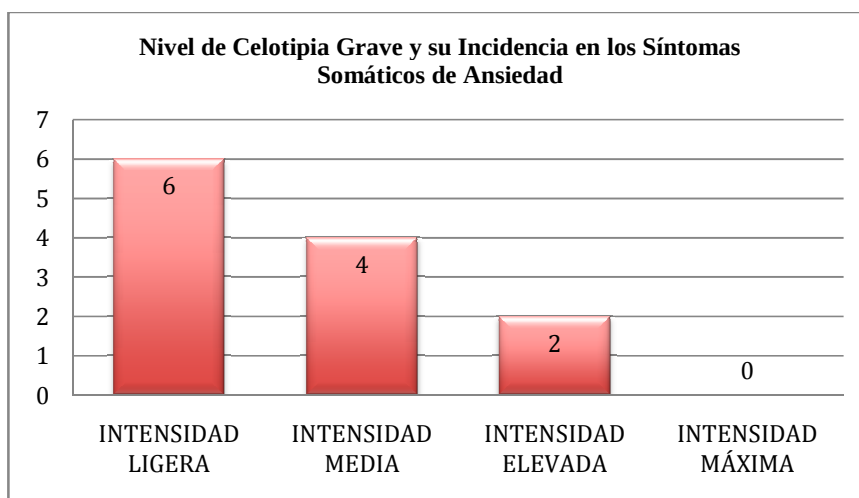
Gráfico 33: Nivel de Celotipia Grave y su Incidencia en los Síntomas Psicológicos de Ansiedad.



Análisis e Interpretación:

El presente análisis del gráfico 32, arroja los siguientes resultados. La presencia de casos con niveles de celotipia grave, es menor que los presentes en los niveles de celotipia leve y moderada (gráficos 27 y 30), tan solo se registran 12 casos, sin embargo, una buena porción de éstos, presentan importantes niveles de síntomas considerables de ansiedad. Es así que, solamente existe 1 caso con presencia de ansiedad ligera, mientras que 5 casos, presentan ansiedad media, por su parte otros 5 casos advirtieron padecer de intensidad elevada, teniendo solamente 1 caso con intensidad máxima. Dichos datos, concluyen que en presencia de niveles graves de celotipia, coexiste un número considerable de síntomas psicológicos de ansiedad, los cuales alcanzan sus rangos más elevados en la intensidad media y la intensidad moderada. Es así, que la tendencia, de que en casos donde se presentan niveles de celotipia, sea esta leve, moderada o grave, coexiste una masiva población que padece de síntomas psicológicos de ansiedad.

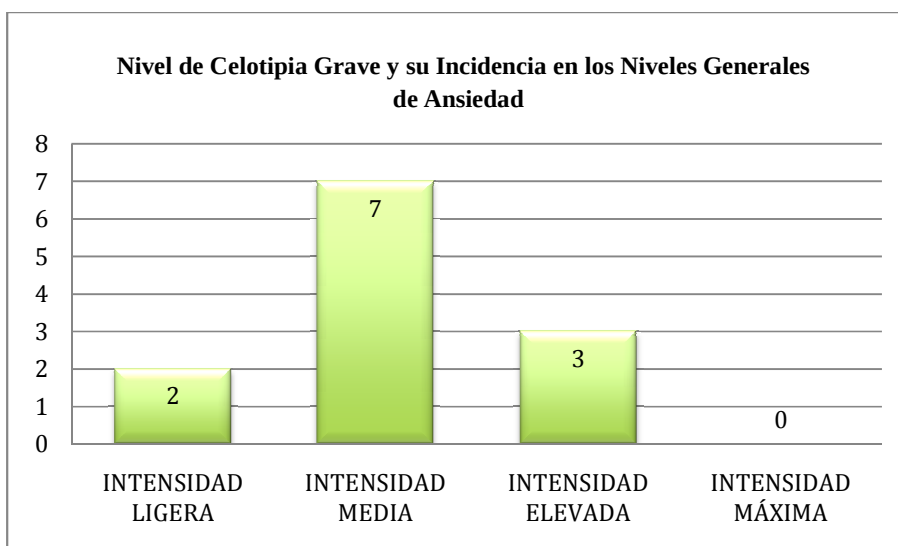
Gráfico 34: Nivel de Celotipia Grave y su Incidencia en los Síntomas Somáticos de Ansiedad.



Análisis e Interpretación:

Al contrario de los síntomas psicológicos de la ansiedad, presentes en los niveles de celotipia grave, expuestos en el Gráfico 33, los síntomas somáticos no alcanzan valores altos de consideración, ya que, 10 casos se encuentran en los rangos de intensidad ligera y media (6 y 4 respectivamente), más bien la tendencia vista en los Gráficos 28 y 31, referentes a los bajos niveles de intensidad en los síntomas somáticos encontrados en los niveles de celotipia leve y moderada continúa, es así que se concluye que analizando a la totalidad de casos, la presencia de los distintos niveles de celotipia no causa mayores complicaciones en la génesis de síntomas somáticos de ansiedad. Paralelamente solo se registran 2 casos de intensidad elevada y no se registran casos en la intensidad máxima, lo que demuestra la poca incidencia que tiene el nivel de celotipia grave en los síntomas somáticos de la ansiedad.

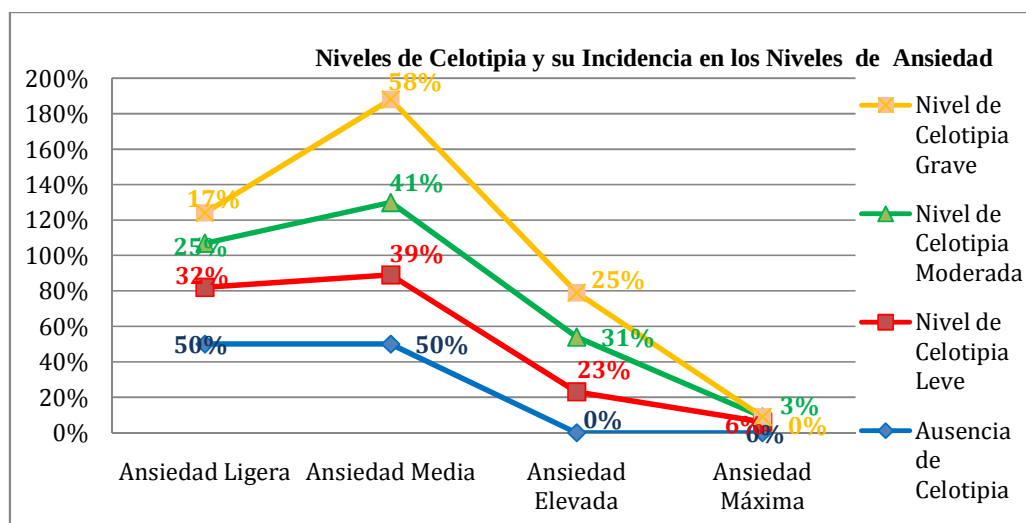
Gráfico 35: Nivel de Celotipia Grave y su Incidencia en los Niveles Generales de Ansiedad.



Análisis e Interpretación:

Los datos referentes a la incidencia que tiene el nivel de celotipia grave, la intensidad de la ansiedad es el siguiente. Se registran un total de 12 casos, 2 de los mismos presentan niveles de celotipia ligera. Los 10 restantes se encuentran en el rango que va desde la intensidad media a la intensidad elevada, (7 y 3 respectivamente), dichos datos demuestran que en presencia de niveles de celotipia grave, aunque mínimos, existen niveles de ansiedad, prevalentemente la de intensidad media. Finalmente no se registran datos de intensidad máximo, a lo que se puede añadir que la ansiedad de tipo grave no está relacionado con la intensidad máxima de ansiedad.

Gráfico 36: Niveles de Celotipia y su Incidencia en los Niveles de Ansiedad.



Análisis e Interpretación:

En el Gráfico 36, se presentan todos los niveles de celotipia en contraposición a los niveles de intensidad de la ansiedad. Es así que se obtuvieron los siguientes datos: con referencia a la “ausencia de celotipia” (6% del total de la población), el 50% de los casos pertenecen al nivel de ansiedad ligera y el restante 50% pertenece a la ansiedad media, por consiguiente en dicho nivel de celotipia, la intensidad de la ansiedad se mantienen dentro del rango de lo normal, es así que no hay incidencia en niveles de ansiedad elevada y máxima.

Por otro lado el nivel de celotipia leve (31% del total de la población), registra los siguientes valores: de los casos con celotipia leve 32% y 39% pertenecen a los

niveles de ansiedad ligera y media respectivamente, destacándose que en el segundo nivel (el medio), ya se nota un importante número de casos, en los mismos que presentar importantes síntomas ansiosos y de consideración. Es por esto, que se puede concluir que en presencia de niveles de celotipia leve, existen numerosos casos de niveles de ansiedad media. En éste rango de celotipia, (leve) el 29% restante está distribuido en 23% para el nivel de ansiedad elevada y 6% para la grave, lo que confirma la indiscutible incidencia de dicho nivel, en un importante número de casos con niveles de ansiedad altos.

Seguidamente, tenemos el nivel de celotipia moderada, que con el 51% del total de la población, representa las cifras más elevadas dentro de ésta clasificación, las mismas presentan importantes niveles de ansiedad, es así que el nivel ligero de ansiedad representa un 25% de esta población. Sin embargo la importancia de esta clasificación, radica en los valores presentes en los niveles de ansiedad media (41%), y el nivel de ansiedad elevado (31%) que juntos constituyen, los valores más elevados en la presente clasificación y en general en toda la investigación. Es así que, en presencia del nivel de celotipia moderada, los niveles de ansiedad alcanzan sus valores más elevados, lo que sin duda, comprobaría la hipótesis planteada anteriormente en los objetivos, la misma que dice que los comportamientos celotípicos inciden en la génesis de los trastornos de ansiedad.

Finalmente, el nivel de celotipia grave, contiene al restante 12% de la población evaluada, el mismo que representa a un importante número de la población si consideramos que estamos frente al más elevado nivel de celotipia. De esta manera,

las cifras están divididas de la siguiente manera: la ansiedad ligera representa el 17% de esta población, por lo que se agrega que en el dicho nivel de celotipia, también podrían coexistir niveles de ansiedad bajos; seguidamente el nivel de ansiedad media, contiene a 58% de la población y el nivel de celotipia elevado (25%), constituyen un número importante de casos, considerando que éstos ya son niveles de ansiedad significativos; por el contrario el nivel de ansiedad máxima, no registra casos (0%), lo que significa que los niveles de celotipia grave no dan como consecuencia niveles de ansiedad graves.

3.6 Comprobación de la Hipótesis

Esta disertación de grado se valida por:

- Se cumplen los objetivos (general y específicos).
- Se obtuvieron resultados de correlación cuantificables a través de la aplicación de los instrumentos utilizados (El Inventario Multidimensional de Celos y La Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton).

Gráfico 37: Coeficiente de Correlación de Pearson con la totalidad de la población

Correlaciones		VAR00001	VAR00002
VAR00001	Correlación de Pearson	1	,163
	Sig. (bilateral)		,106
	N	100	100
VAR00002	Correlación de Pearson	,163	1
	Sig. (bilateral)	,106	
	N	100	100

Elaborado por: Espinel, Juan.

Análisis e Interpretación:

Para fin de la investigación se ha recurrido a la utilización de un software psicométrico, en este caso llamado “SPSS”, que es un programa estadístico informático, utilizado entre otras cosas para la corrección de pruebas, la administración de pruebas por computadora o para el procesamiento de información, en el cual los datos son transcritos en celdas, dejando el cálculo y la elaboración de cuadros y gráficos para el programa.

Es así que en la muestra $n=100$, con el total de la población, los resultados de la correlación entre los valores obtenidos entre el Inventario Multidimensional de Celos y la Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton, muestran una correlación de Pearson $r= 0,163$; $p= 0,106$, sin embargo para determinar de forma más precisa la

relación existente entre ambas variables fue necesario utilizar el recurso estadístico del “punto de corte” en la muestra y es como se evidencia a continuación en el gráfico 38, que se han eliminado 7 casos para la correlación, que corresponden a los puntaje más elaborados con el fin de mejorar la correlación entre ambas variables y por ende obtener una comprobación de la hipótesis más confiable.

Gráfico 38: Coeficiente de Correlación de Pearson con “recorte de la muestra”

Correlaciones		
	VAR00001	VAR00002
VAR00001	Correlación de Pearson	1
	Sig. (bilateral)	,188
	N	,071
VAR00002	Correlación de Pearson	93
	Sig. (bilateral)	93
	N	,188

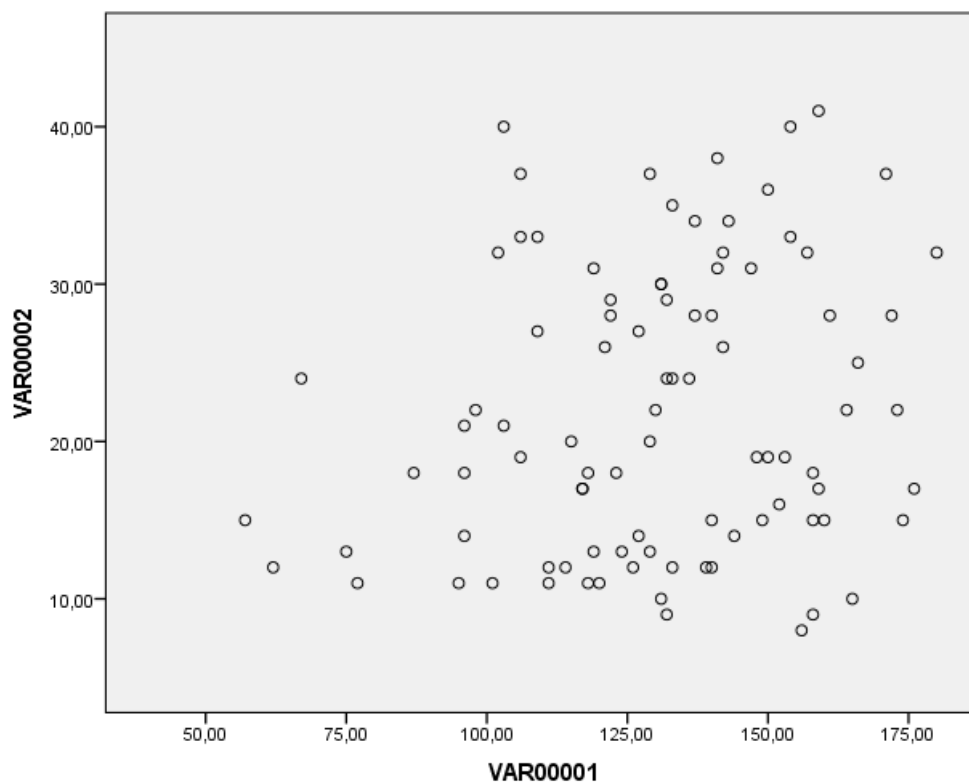
Elaborado por: Espinel, Juan.

Análisis e Interpretación:

Una vez depurados los datos de la muestra y eliminados aquellos valores extremos en la misma, $n=93$, los resultados de la correlación entre los valores obtenidos entre el Inventario Multidimensional de Celos y La Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton, muestran una correlación de Pearson $r= 0,188$; $p= 0,071$, de lo que se puede inferir que la correlación entre variables es leve en cuanto a significancia estadística. Esto podría deberse al tamaño de la muestra $n=93$, que en este caso es

muy reducida, es así que para una mayor discriminación de la relación entre ambas variables es necesario trabajar con una población de mayor número; sin embargo, otra justificación podría corresponder a que al no existir una clara incidencia de que los comportamientos celotípicos inciden en los trastornos de ansiedad y viceversa, ambos trastornos entonces parecerían estar constituidos nosológicamente como entidades diferentes, cediendo dicho aporte para la realización de una próxima investigación. Partiendo de lo anterior, la hipótesis queda parcialmente comprobada.

Gráfico 39: Diagrama de Dispersión del Coeficiente de Correlación de Pearson con “recorte de población”



Elaborado por: Espinel, Juan.

Análisis e Interpretación:

Mediante la utilización del Diagrama de Dispersión del Coeficiente de Correlación de Pearson con “recorte de población”, que es básicamente una ‘nube’ de puntos, donde cada punto corresponde al entrecruzamiento de cada par de valores de x y y , se puede observar una ligera tendencia a correlacionarse y a la vez una marcada dispersión entre los datos que se exponen, lo que demostraría la relación leve entre ambas variables, expuestas en x y y .

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

En base a lo propuesto anteriormente en los objetivos, se llega a las siguientes conclusiones:

- ❖ A partir de lo evaluado mediante la utilización del Inventario Multimodal de Celos, las personas privadas de libertad del Centro de Rehabilitación Social de Latacunga presentan los siguientes niveles de celotipia: el 63% del total de evaluados padecen de niveles de “celotipia moderada” y “celotipia grave”, (51% y 12% respectivamente), cifras relativamente altas, si se toma en cuenta que el restante 37% se encuentra en el rango de “ausencia de celotipia” y nivel de “celotipia leve”, (6% y 31% respectivamente). (Ver Gráfico 6). Se establece entonces que más de la mitad de población evaluada, padecen de niveles importantes de comportamientos celotípicos, los mismos que causan malestar significativo y principalmente la presencia ideas obsesivas y compulsiones muy particulares ligadas al tema de los comportamientos celotípicos.

- ❖ En base a los datos recabados a partir de la aplicación de la Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton, se concluye que los niveles de ansiedad presentes en las Personas Privadas de Libertad (PPL) varones, recluidos en el Centro de Rehabilitación Social de Latacunga, son los siguientes: La intensidad ligera y la intensidad media de ansiedad, comparten el 71% del total de casos (28% y 43% respectivamente). Identificando a la segunda (la intensidad media), como la de mayor puntaje dentro de la clasificación total, dicha población padece de síntomas significativos que causan cierto grado de malestar. La intensidad elevada y la intensidad máxima, que aunque representan a la minoría, también ocupan un importante número de casos 29% de la población total, distribuidos con el 26% y 3% respectivamente, en la primera (la ansiedad elevada), los síntomas se vuelven cada vez más marcados y ya causan malestar significativo en la persona que los padece; por su parte la intensidad grave, siendo el máximo nivel de ansiedad, llega a causar malestar invalidante en la persona, impidiendo el desenvolvimiento en las actividades diarias, además de estar acompañada de distintos síntomas psicológicos y somáticos. (Ver Gráfico 23).

- ❖ En referencia a los niveles de los síntomas psicológicos de ansiedad, evaluados en la población antes mencionada, se concluye que: la ansiedad a nivel psicológico presenta niveles considerablemente altos, puesto que los rangos de ansiedad elevada y máxima, alcanzan el 44% de la población (28% y 16% respectivamente). El elevado índice en dichas cifras, podría deberse a las características y factores propios de la población evaluada, dicho factor, podría predisponer el aparecimiento de diversos síntomas ansiosos, debido a que los

trastornos ansiosos se distinguen por su alta comorbilidad. Por el contrario, los niveles de ansiedad psicológica media y ligera afectan a un 56% de la población (10% y 46% respectivamente). Si bien, dentro de la población evaluada, se constituyen como la mayoría, en poblaciones normales, este índice es aún mayor, lo que da cuenta de la considerable presencia de síntomas psicológicos de ansiedad dentro de dicha población. (Ver gráfico 21).

- ❖ En referencia a los niveles de los síntomas somáticos de ansiedad, se concluye que existe una considerable baja en la intensidad de dichos síntomas, en relación a los síntomas psicológicos. Es así que, un 83% de la población posee niveles de intensidad de la ansiedad somática ligera y media (59% y 24% respectivamente), lo que corresponde a la gran mayoría, frente al 17% de la población que padece de niveles de síntomas elevados y máximos (15% y 2% respectivamente). Si se comparan, los niveles de los síntomas somáticos, con los niveles de los síntomas psicológicos (Gráfico 21), se nota que los primeros (los somáticos), tienen rangos mucho menores que los segundos. Debido a que la celotipia es una inferencia de carácter cognitivo, factor sustentado por los principios de la teoría cognitivo-conductual, afecta directamente la esfera psíquica del individuo y solo parcialmente a su soma.

- ❖ En referencia al nivel de celotipia leve (31% del total de la población), registra los siguientes valores: de los casos con celotipia leve 32% y 39% pertenecen a los niveles de ansiedad ligera y media respectivamente, destacándose que en el

segundo nivel (el medio), ya se nota un importante número de casos, en los mismos que presenta importantes síntomas ansiosos y de consideración. Es por esto, que se puede concluir que en presencia de niveles de celotipia leve, existen numerosos casos de niveles de ansiedad media. En éste rango de celotipia, (leve) el 29% restante está distribuido en 23% para el nivel de ansiedad elevada y 6% para la grave.

- ❖ Por su parte, el nivel de celotipia moderada, que con el 51% del total de la población, representa las cifras más elevadas dentro de esta clasificación, las mismas presentan importantes niveles de ansiedad, es así que el nivel ligero de ansiedad representa un 25% de esta población. Sin embargo la importancia de esta clasificación, radica en los valores presentes en los niveles de ansiedad media (41%), y el nivel de ansiedad elevado (31%) que juntos constituyen, los valores más elevados en la presente clasificación y en general en toda la investigación. Es así que, en presencia del nivel de celotipia moderada, los niveles de ansiedad alcanzan sus valores más elevados, lo que haría pensar en una incidencia entre los comportamientos celotípicos y los trastornos de ansiedad.
- ❖ Finalmente, el nivel de celotipia grave, contiene al restante 12% de la población evaluada, el mismo que representa a un importante número de la población si consideramos que estamos frente al más elevado nivel de celotipia. De esta manera, las cifras están divididas de la siguiente manera: la ansiedad ligera

representa el 17% de esta población, por lo que se agrega que en dicho nivel de celotipia, también podrían coexistir niveles de ansiedad bajos; seguidamente el nivel de ansiedad media, contiene a 58% de la población y el nivel de celotipia elevado (25%), constituyen un número importante de casos, considerando que éstos ya son niveles de ansiedad significativos; por el contrario el nivel de ansiedad máxima, no registra casos (0%), lo que significa que los niveles de celotipia grave no dan como consecuencia niveles de ansiedad graves.

- ❖ A partir de lo evaluado mediante la utilización del Inventario Multimodal de Celos y la Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton se concluye que la correlación entre variables existe, pero es leve en cuanto a significancia estadística. Lo que no implica que no exista relación entre las variables investigadas, sino más bien, que los dos trastornos parecerían estar constituidos nosológicamente como entidades independientes, de tal forma que la una no incide sobre la otra de manera directa o inversamente proporcional, salvo en lo que respecta a la celotipia moderada y la ansiedad media.

- ❖ De lo tratado en la guía de psicoterapia breve, bajo el modelo de la Terapia Racional Emotiva Conductual, se desprende lo siguiente: la terapia cognitiva parece ser un procedimiento eficaz y ágil para el tratamiento de problemas como la celotipia, ya que dicho padecimiento, al pertenecer al trastorno obsesivo compulsivo, hace que las personas respondan bien a ciertos aspectos de la terapia, así lo explica Ellis & Grieger (2003), en su Manual de Terapia Racional Emotiva, además dicha terapia está centrada en el problema, emplea diversas

formas de tareas para hacer en casa, y también posee énfasis en los procesos del pensamiento, para la reestructuración de pensamientos erróneos y cambios en conductas inadecuadas.

4.2 Recomendaciones

- ❖ Por lo expuesto en la revisión teórica acerca de las consecuencias que tiene la celotipia en los trastornos de ansiedad, y al conocerse los niveles elevados de dichos padecimientos, en las Personas Privadas de Libertad del Centro de Rehabilitación Social de Latacunga, se recomienda la intervención de un equipo técnico, conformado principalmente por un profesional en Psicología y uno en Trabajo Social, para que mediante la aplicación de terapia de pareja, acompañado de psicoeducación para los demás miembros de la familia, se logre tratar la problemática de los celos; empero, en el presente trabajo, se deja como aporte la guía de psicoterapia individual al paciente, la misma que está enfocada desde el modelo del TREC de Ellis, y que también constituye una importante herramienta en el tratamiento de dicho padecimiento, ya que dicha guía tiene como objetivo primordial la corrección de pensamientos irracionales ligados a la idea obsesiva de los celos.

- ❖ Es recomendable además, poner a disposición de los internos los servicios de psicoterapia individual y grupal de manera ininterrumpida, ya que ésta constituye

la más acertada solución para apalear los distintos tipos de problemas y vicisitudes de carácter psicológico a los que está sometida dicha población.

- ❖ Además se recomienda a las entidades gubernamentales, equipar a los Centros de Rehabilitación del país, con profesionales en la disciplina de Psicología, para crear equipos especializados y de esta manera salvaguardar la Salud Mental de los “Privados de Libertad”, ya que la psicohigiene es el pilar fundamental para el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural, lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones dentro de los centros de rehabilitación, para alcanzar de esta forma bienestar personal y mejor calidad de vida.
- ❖ Al reconocer a la ansiedad como uno de los padecimientos con mayor prevalencia en nuestro medio y en referencia al número importante de casos identificados de internos con niveles elevados y trastornos de ansiedad, es necesario dotar a dicha población de técnicas de relajación y herramientas que vayan en pos de la disminución de los padecimientos antes nombrados, como tratamientos grupales, talleres, terapias a nivel ocupacional y familiar.
- ❖ Se recomienda además, a todos los estudiantes de psicología, profesores y demás profesionales de la Salud Mental, se sirvan en revisar y utilizar, la presente investigación además de la guía de psicoterapia breve cognitiva, ya que ambos instrumentos constituyen un importante aporte al enriquecimiento del acervo

intelectual, además de contener respuestas a un sinnúmero de interrogantes referidas al tema de los celos y los trastornos de ansiedad.

- ❖ Es importante desarrollar estandarizar un reactivo que mida el nivel de celotipia para nuestra población (Ecuador), con el fin de facilitar el diagnóstico de dicho padecimiento, generando así un instrumento no solamente útil para el posterior tratamiento del padecimiento, sino también para realizar futuras investigaciones.

CAPÍTULO V

PROPUESTA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

5.1 Guía de Psicoterapia Breve, bajo la teoría de la “Terapia Racional Emotiva Conductual”

“Guía de Terapia Racional Emotiva Conductual, para casos con presencia de pensamientos irracionales ligados a los celos, dirigido a Personas Privadas de Libertad (PPL)”

5.1.1 Introducción

En el campo de la Psicología Cognitiva, es bien sabido, que las perturbaciones emocionales no son creadas por “situaciones”, sino más bien por la interpretación que la persona hacen de las mismas (Ellis, 1999). Albert Ellis es un terapeuta norteamericano, pionero en la creación de técnicas cognitivas, trató de establecer las principales "Creencias Irracionales" que mayormente compartimos las personas de las sociedades occidentales, bien por educación, tendencias biológicas, influencias sociales etc., y que es conveniente combatir para lograr un mayor desarrollo personal y social. En este sentido, la presente guía, y en sí, la Terapia Racional Emotiva

Conductual (TREC), tienen como objetivo primordial trabajar en el cambio de la interpretación que el paciente hace sobre su “sí mismo” y sobre su entorno, que en el caso de la celotipia, va ligado a la “creencia irracional” que tiene el celoso de que la pareja le es infiel, a partir del debate (paciente-terapeuta); entendiendo que en la persona, los pensamientos y las emociones no se desarrollan de manera independiente, sino más bien, están relacionadas la una con la otra, ya que para lograr un óptimo manejo en dicha terapia, es necesario hacer insight en estas dos áreas.

Es importante, tomar en cuenta, las consecuencias que tiene la presencia de niveles elevados de celotipia, en la génesis de problemas relacionados a la ansiedad, los mismos que, no solo afectan el área psicológica y somática, sino que también pueden entorpecer la relación de pareja de quien los padece. Sin embargo, el cambio de conducta, a partir de la modificación o eliminación de la creencia irracional, debe partir de la habilidad que posee el ser humano para identificar, cuestionar y debatir para de esta forma, cambiar sus exigencias absolutistas y rígidas por unas más flexibles y funcionales.

Es así, que la presente guía, partirá de la evaluación y diagnóstico, para descubrir las creencias irracionales, (sobre la idea de los celos), que están causando las emociones y conductas incorrectas; para seguidamente, realizar un “Insight Intelectual” y un “Insight Emotivo”, con el fin de facilitar el cambio o reestructuración de las creencias-actitudes, para así, instaurar nuevas ideas racionales para actuar en contra

de las creencias irracionales. Finalmente, con la utilización de técnicas conductuales, se fortalecerán dichos hábitos (rationales).

5.1.2 Justificación

Hay que decir que la celotipia, es un problema real que afecta a un sinnúmero de personas y que cuando sale de su carácter de normalidad, podría ser una grave afección para él que lo padece, más aun si ya se conoce las consecuencias que tienen dicho padecimiento (celotipia), en los trastornos de ansiedad, es así que, con la invención de la presente guía, se pretende buscar posibles soluciones y así disminuir el impacto de los celos en los estados de ánimo en los internos. Se tendrá como principales beneficiarios a los mismos internos, sus parejas, los demás miembros de sus familias e indiscutiblemente al sistema penitenciario ecuatoriano, considerando que la salud mental es un factor muy importante en la vida de las personas y por esta misma razón es nuestro deber impulsar proyectos en favor de las personas privadas de libertad.

5.1.3 Objetivos de la Guía

Objetivo General

- ❖ Diseñar una guía de Psicoterapia Breve, bajo la Teoría Cognitivo-Conductual, orientado a eliminar los pensamientos irracionales ligados a los celos, dirigido a las Personas Privadas de Libertad (PPL) varones, recluidos en el Centro de Rehabilitación Social de Latacunga, durante el Período Abril- Octubre 2013.

Objetivos Específicos

- ❖ Identificar las creencias irracionales ligadas a la idea de los celos, en Personas Privadas de Libertad (PPL).
- ❖ Comprender la manera en que las creencias irracionales, producen emociones y conductas desacertadas.
- ❖ Realizar en la persona Insight Intelectual e Insight Emocional para modificar las exigencias absolutistas y rígidas por unas más flexibles y funcionales.
- ❖ Eliminar o cambiar las creencias irracionales, por creencias racionales.
- ❖ Mejorar el estilo de vida del paciente.

5.1.4 Sustento Teórico de la TREC

Ellis (1999) en el año de 1958, hace un aporte de gran valor a la Psicología, al poner en práctica, la terapia racional emotiva conductual. En su teoría, Ellis & Grieger (2003) afirman que los pensamientos, los sentimientos y la conducta no son independientes, sino que se encuentran interrelacionadas la una con la otra de una forma holística. Además describe 12 creencias irracionales comunes, que intervienen en la generación de trastornos secundarios y adopta la postura que dice que el hombre posee la capacidad para examinar su propio pensamiento, emoción y conducta disfuncional, siendo capaz de modificarla de manera proactiva.

A partir de lo dicho, Ellis afirma que las personas perturbadas pueden efectuar cambios filosóficos profundos, eliminando así sus síntomas latentes y evitando el apareamiento de nuevos síntomas. Es así, que Ellis construye a la TREC, como una acción integrada, ya que comprende métodos terapéuticos cognitivos y técnicas eclécticas emotivas y conductuales, demostrando que las alteraciones emocionales van acompañadas por metas y actitudes absolutistas, dogmáticas, rígidas y llenas de necesidades, por consiguiente el objetivo primordial para la construcción de una “salud emocional” implica la flexibilidad, la búsqueda de alternativas, y un deseo no perfeccionista. Para Ellis, la consecución de su teoría se basa en que los psicoterapeutas pueden ayudar a sus clientes a vivir de una forma más plena, creativa y satisfactoria emocionalmente si se les enseña a organizar y disciplinar su pensamiento.

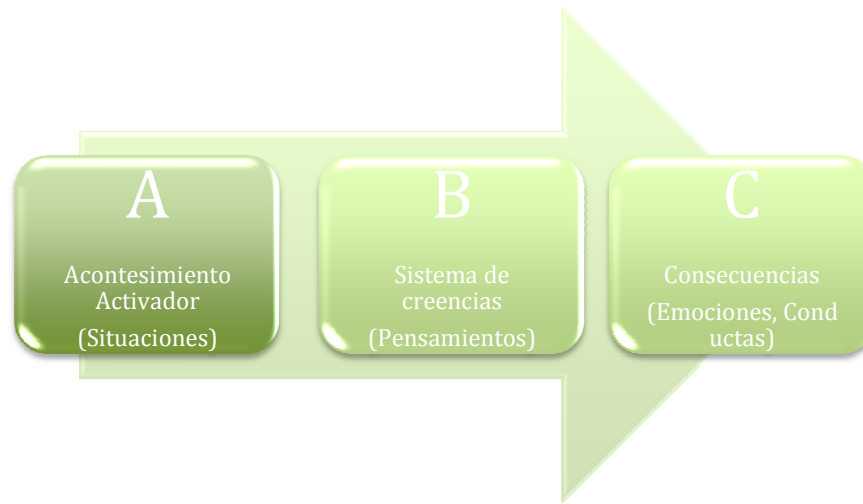
5.1.5 Fundamentos Teóricos de la TREC

Ellis (1999), define que la cognición es el determinante más importante y accesible de la emoción humana. En otras palabras lo que Ellis quiere decir, es que sentimos lo que pensamos, ya que no son las circunstancias ni los demás los que nos hacen sentir como sentimos, sino es nuestra manera de procesar estos datos, independientemente de que seamos o no conscientes de ello.

Para Ellis, los esquemas disfuncionales de pensamiento son causados por factores múltiples, que incluyen causas genéticas, biológicas y las influencias ambientales, es así que los humanos tiene una natural tendencia a desarrollar esquemas disfuncionales de pensamiento, aún en los ambientes más favorables. Ellis, además añade que para cambiar nuestra perturbación emocional, para mejorar nuestros problemas emocionales y conductuales, es necesario cambiar dichos esquemas disfuncionales de pensamiento; ya que aunque la herencia y el ambiente sean importantes en la adquisición de los esquemas disfuncionales de pensamiento, la gente mantiene sus esquemas disfuncionales por autoadocctrinamiento o repetición de sus creencias irracionales.

La causa más próxima de perturbación emocional es la adherencia actual a las creencias irracionales, más que la forma en que fueron adquiridas en el pasado. Dichas creencias actuales pueden ser modificadas, aunque tal cambio no sea fácil.

Las creencias irracionales pueden cambiarse mediante esfuerzos activos y persistentes para reconocer, desafiar y revisar el propio pensamiento (Ellis, 2000).



Ibíd. (2010) explicó su teoría a partir de un modelo sencillo denominado A-B-C, en el cual, a diferencia del esquema anterior, todos los elementos están íntimamente relacionados e interactuantes, ya que las relaciones no son ni exclusivas ni lineales ni unidireccionales. Es así que la letra "A" (Activating Event), representa el acontecimiento activador, suceso o situación. Puede ser una situación o acontecimiento externo o un suceso interno (pensamiento, imagen, fantasía, conducta, sensación, emoción, etc.). La letra "B" (Belief System), representa en principio al sistema de creencias, pero puede considerarse que incluye todo el contenido del sistema cognitivo: pensamientos, recuerdos, imágenes, supuestos, inferencias, concepto o imagen de sí, atribuciones, normas, sistema de valores, esquemas, filosofía de vida, etc. Finalmente, la letra "C" (Consequence), representa la consecuencia o reacción en ocasión de la situación "A", pudiendo ser las "C" de tipo emotivo (emociones) o conductuales (acciones)

5.1.6 Descripción y Análisis del Modelo Terapéutico

- Número de sesiones: 6 sesiones, durante 2 meses.
- Estructura: Cada sesión dura de 45 a 60 minutos.
- Orientación hacia el problema: El terapeuta y el paciente se focalizan en definir y resolver los problemas actuales del paciente.
- Ahistórica: Se centra en el “aquí y ahora”, sin recurrir a la historia pasada del paciente.
- Método Científico: La terapia presupone recoger datos (problemas, pensamientos, actitudes) formular sus hipótesis, establecer experimentos y evaluar los resultados.
- Tarea para casa: El paciente debe recoger datos, verifica hipótesis y practica habilidades cognitivas.

- **Proceso a seguir**

- Conceptualización del problema
- Desarrollar una relación de colaboración
- Motivación frente al tratamiento
- Formulación por parte del paciente del problema
- Establecer metas
- Socializar al paciente en el Modelo Cognitivo
- Intervención cognitiva y conductual
- Prevención de recaídas

- **Pautas para la Identificación de pensamientos disfuncionales**

- Detectar si hay Pensamientos Extremistas ("todo o nada", "siempre y nunca").
- Detectar Inferencias (suposiciones y/o atribuciones).
- Detectar Demandas ("Él debe", "yo debo", "el mundo debe").
- Detectar Condenas Globales (a los otros, a mí mismo, al mundo).
- Detectar Tremendización ("es terrible", "me voy a morir").
- Detectar No Soportitis ("necesito sí o sí"... "es insoportable"). Baja tolerancia a la frustración.

5.1.7 Descripción y Análisis del Proceso del Modelo Terapéutico

La presente guía de psicoterapia breve, diseñada bajo la Teoría Cognitivo-Conductual, tiene como objetivo primordial eliminar los pensamientos irracionales ligados a la idea de celos y los comportamientos celotípicos. Es así que mediante la aplicación de un estimado de seis intervenciones psicológicas, la persona celosa consiga modificar o si es necesario eliminar dichos pensamientos erróneos y a la par también, modificar ciertas conductas equívocas que generen malestar.

Pero y ¿cómo se logra modificar los pensamientos irracionales a través del modelo terapéutico cognitivo? En primer lugar es necesario inducir a la persona a la terapia creando un clima de confianza entre ambas partes, de aquí en más el tratamiento

estará enmarcado dentro de un clima de confianza y buena comunicación entre ambas partes, es necesario además realizar una inducción a la terapia, mediante la explicación de la teoría racional emotiva, principalmente en el modelo A-B-C. A continuación se procede a evaluar a la persona en sus distintas áreas, con el fin de identificar los principales síntomas, problemas vitales del paciente, pensamientos erróneos y conductas inadecuadas.

Luego de eso, el paciente identificará los pensamientos negativos asociados, evaluará la consecuencia de los mismos y se planteará, con la ayuda del terapeuta las metas a cumplirse a partir de los problemas. Para este punto es necesario evaluar las situaciones desencadenantes de las conductas celosas provenientes de los acontecimientos y enseñar que consecuencia producen las creencias irracionales. Es así que la persona aprenderá a que frente a cada nuevo problema, se deben utilizar el modelo cognitivo racional emotivo del A-B-C para afianzar las alternativas racionales, mediante la ejecución de tareas.

Es así que, cuando el paciente es capaz de afrontar sus conflictos mediante la utilización del modelo A-B-C se debe llegar a alcanzar el insight intelectual y el insight emocional, mediante el cambio de actitudes. Creando nuevas ideas o filosofías racionales y actuar en contra de las creencias irracionales y a favor de las nuevas filosofías racionales hasta automatizarlas. Este en sí es un ejercicio permanente, el cual se debe fortalecer con el día a día para fortalecer Los hábitos racionales, no solo en el aspecto de los celos sino de todos los demás problemas que

lo podrían llegar a afectar. Finalmente es necesario preparar al paciente a automatizar los cambios adquiridos en la terapia y prepararlo para que, en el futuro, él sea su propio terapeuta.

5.1.8 Modelos de sesiones a seguir

El modelo de las sesiones consta de:

- Objetivos a lograr
- Procedimiento
- Técnicas y
- Trabajo en casa

PRIMERA SESIÓN

- **Objetivos a Logar**

- Generar un buen rapport.
- Crear un clima de confianza entre el paciente y el terapeuta, con el fin de fomentar una buena comunicación, (este punto es indispensable, ya que los privados de libertad, por lo general no tienen confianza con personas nuevas).
- Inducir a la terapia al paciente a la terapia.
- Evaluar las distintas áreas del paciente.

- **Procedimiento**

- 10 primeros minutos: Realizar una inducción: Presentación del tratamiento, con el aclaramiento de dudas, detallar horarios, honorarios. (En el caso de las Personas Privadas de Libertad, es necesario establecer un pago simbólico).

- A lo largo de la sesión: Es necesario evaluar las dificultades actuales del paciente. Identificar los principales síntomas, problemas vitales del paciente, pensamientos negativos, evaluar depresión, medir niveles de desesperanza y la concurrencia de pensamientos suicidas. (todo lo anteriormente descrito, debe realizarse en el proceso de la entrevista). Para poder identificar lo anteriormente descrito, es necesario que en esta primera sesión el paciente hable libremente de lo que siente cuando tiene celos, el terapeuta se encargará de encaminar la terapia de tal manera que esta no se desvíe del tema central.

- 15 últimos minutos: Explicar la dinámica de la incidencia de los pensamientos negativos relacionados a los celos y darle al paciente posibilidades de cambio. En este punto es necesario, explicarle la dinámica del A-B-C (proceso cognitivo). Es decir, es necesario que desde un inicio se tenga claro la dinámica del funcionamiento de la terapia.

- Técnicas

- Se le pide al paciente escribir un listado de los momentos en los que la siente más celos hacia su pareja.
- A continuación se le pide que los ordene en orden de intensidad, desde el más elevado al de menor intensidad.
- Seguidamente, bajo un consenso, se realiza la primera “Ficha de Registro”, en esta, se anotarán las circunstancias que generan más intensidad de celos hacia su

pareja. Se le explicará al paciente que debe conservar todas las fichas que se generen en el proceso de intervención (Se trabajará con la lista a lo largo del proceso de intervención).

- Se realizará un consenso de las metas, que el paciente desea lograr al final de la intervención (metas a corto plazo), paralelamente, finalmente serán escritas en una segunda ficha.

- Tareas a casa

- Tarea de Pensamiento: En esta primera tarea se pedirá al paciente, realizar un registro de los pensamientos que a él le parezcan irracionales o molestos, que aparezcan de manera intrusiva en su mente y estén ligados a la idea de los celos, así se logrará ejercitar el pensamiento de la persona, mejorando su capacidad de concentración necesaria para las siguientes tareas que presuponen más dificultad. El paciente deberá registrar en una ficha dichos acontecimientos, los mismos que serán compartidos y trabajados a lo largo de la sesión.

SEGUNDA SESIÓN

- Objetivos a Lograr

- Identificar los problemas del paciente relacionados a los celos.
- Definir y acordar las metas en base a los problemas.

- Procedimiento

- El paciente debe dar su opinión sobre la pasada sesión: como se sintió, si ha recordado parte de lo tratado, y si le ha sido útil y por qué, etc., paralelamente hay que recabar información sobre lo que le ha pasado al paciente después de su primera sesión. (realizarlo en el marco de la entrevista). Aquí se identificará el avance en la modificación de las ideas irracionales.
- Preguntarle al paciente sobre sus problemas relacionados a los celos, luego de eso, realizar una segunda ficha, la cual contenga dichos problemas, a un costado del mismo, el paciente identificará los pensamientos negativos

asociados, evaluar la consecuencia de los mismos y se planteará, con la ayuda del terapeuta las metas a cumplirse.

- Definir las metas a partir de los problemas.
- Los últimos 10 minutos se dedican a la revisión de la tarea que se envió a casa. Si se cumplió o no, las dificultades y lo que se ganó.

- Técnicas

- Ante cada nuevo problema, se anima al paciente a que utilice esos tres pasos: I. Identificar emociones y conductas problemáticas, enlazarlas con los A e identificar creencias irracionales que las sustentan. II. Refutar esas creencias contraproducentes e identificar las creencias alternativas racionales. III. Afianzar las alternativas racionales, mediante la ejecución de tareas.
- El paciente irá observando las conexiones entre los problemas, en especial los que se caracterizan por tener creencias irracionales comunes. A medida que la terapia va progresando, suele ocurrir que el grado de directividad del terapeuta se va debilitando, porque los pacientes empiezan a practicar la auto- terapia.

Problemas relacionados a los Celos	Pensamientos Negativos	Consecuencia
Peleo con mi pareja, porque no me contesta el celular.	Mi esposa no me contesta el celular porque debe estar con otra persona.	Me enoja, pasó irritable todo el día y no me concentro en mi trabajo.

- Definición de las metas: en el ejemplo anterior la meta a lograrse, podría ser identificar los pensamientos negativos, cuando la situación desencadenante aparezca “A”, en este caso, se llega a la modificación del pensamiento, cuando el paciente logra pensar: *“no me contesta, porque seguramente está ocupada”*.

- Tareas para casa

- Tareas de imaginación: con los ensayos cognitivos de nuevas conductas: para esta técnica se le invita al paciente a imaginar situaciones en las que sentiría celos, es importante que se las realice como ejercicios, es decir que se las realice en un espacio determinado de tiempo, es decir dedicarle una hora al día, el paciente debe estar en un ambiente favorable para la imaginación, donde las escenas sean una experiencia real, seguidamente, el paciente deberá realizar ejercicio en los que imagine cómo reaccionaría ante dichas situaciones, esto facilitará la afirmación de los pensamientos racionales,

además de facilitar a la persona en la modificación de conductas y pensamientos en la vida real.

TERCERA SESIÓN

- **Objetivos a Lograr:**

- Evaluar las consecuencias de los celos “C”.
- Evaluar las situaciones desencadenantes de las conductas celosas “A”.
- Enseñar la conexión existente entre “B” y “C”, es decir, que consecuencia producen las creencias irracionales.

- **Procedimiento**

- Revisar, de manera general, el estado del paciente.

- El paciente debe dar su opinión sobre la pasada sesión: como se sintió, si ha recordado parte de lo tratado, y si le ha sido útil y por qué, etc.
- Los últimos 10 minutos se dedican a la revisión de lo obtenido en la sesión, ofrecer y recabar feedback, plantear la tarea para la próxima sesión, posibles dudas u obstáculos a la tarea y a la revisión de la tarea que se envió a casa. Si se cumplió o no, las dificultades y lo que se ganó.
- Identificar emociones y conductas problemáticas, enlazarlas con los (a) e identificar creencias irracionales que las sustentan.

- Técnicas

- Junto con el terapeuta se compartirán las fichas realizadas hasta el momento, desde eso, se procederá a hacer un listado de las situaciones desencadenantes de los celos, y sus respectivas consecuencias.
- Se realiza un ejemplo del proceso cognitivo con la realidad del paciente, de esta manera quedará comprendido el modelo A-B-C, el paciente, cada vez que sienta celos de su pareja, reproducirá el ejemplo con el mismo modelo hecho y se lo guardará en las fichas.

Ejemplo del proceso cognitivo:

(A) Situación: "Mi esposa ya no me quiere como antes".

(B) Pensamientos: (automáticos) "Debe estar engañándome"; "perderé a mi esposa".

(C) Consecuencias:

a. Emotiva: Tristeza o desanimo (o depresión).

b. Conductual: Llamar a su esposa varias veces al día.

c. Fisiológica: Opresión en el pecho. Pérdida de sueño.

- Tareas

- Es posible enseñar al paciente tareas de relajación frente a las situaciones estresantes, de esta manera cada vez que los pensamientos ligados a los celos invadan la mente, la persona contará con un recurso para la “distracción”, no es necesario que se trate de una técnica especializada de relajación, podría bastar con que la persona aprenda ejercicio de respiración, con el objetivo de desplazar el pensamiento erróneo a una conducta más constructiva.

CUARTA SESIÓN

- **Objetivos a Lograr:**

- Alcanzar el Insight Intelectual.

- **Procedimiento**

- Comprender qué creencias irracionales causan sus problemas, mediante la revisión de fichas y la entrevista.
- Tomar conciencia de que no existen pruebas que apoyen las ideas irracionales y de que, en cambio, sí que existe evidencia de que el mantener esas actitudes son perjudiciales.

- Autoaceptarse, aunque hayan creado y sigan manteniendo sus problemas.
- Revisión de la tarea que se envió a casa. Si se cumplió o no, las dificultades y lo que se ganó.

-Técnicas

- Discusión o debate de las ideas irracionales (la principal).
- Frases de superación y autoindocctrinamiento en filosofías racionales.
- Detectar, discutir, y cambiar las falsas atribuciones, buscando hipótesis alternativas.

- Tareas para casa

- Realizar una ficha de todos los progresos que se logre en la semana, con el objeto de motivar al paciente a seguir con la modificación de pensamientos y conductas, es decir, cada vez que la persona esté frente a una situación que genere celos y reaccione de una manera correcta, será anotada en la ficha y luego compartida en terapia.
- Practicar frente a un espejo, situaciones en las que sienta celos, esto hará que la persona se vea actuar a sí misma, frente a dichas circunstancias.

QUINTA SESIÓN

- **Objetivos a Logar**

- Insight Emocional: Cambio de Actitudes.
- Crear nuevas ideas o filosofías racionales y actuar en contra de las creencias irracionales y a favor de las nuevas filosofías racionales hasta automatizarlas.

- **Procedimiento**

- Se trata de lograr un cambio de actitudes; es decir, de creencias, emociones y conductas. Esto implica, según Ellis, una creencia muy fuerte en que la creencia irracional es dañina y su creencia racional alternativa, es sana y deseable.
- Considerar sus ideas como hipótesis a comprobar, al hablar de lo beneficiosas que son las nuevas ideas beneficiosas-racionales.

- Trabajar para abandonar las viejas creencias irracionales y adherirse a las nuevas creencias racionales.
- Revisión de la tarea que se envió a casa. Si se cumplió o no, las dificultades y lo que se ganó.

-Técnicas

- Cuestionar la evidencia de las emociones producto de los celos, buscando alternativas en consenso con el terapeuta.
- Métodos de imaginación, contar historias con moraleja.
- Canciones racionales humorísticas.
- Practicar habilidades adaptativas, dentro y fuera de las sesiones.

- Tarea para Casa

- Practicar con la ayuda de un amigo, las habilidades aprendidas, además se podrá seguir con la anterior tarea de los ejercicios de relajación y la técnica del espejo.
- Escribir un listado de las cosas que me hacen sentir mal cuando tengo celos, y compartirlas en la siguiente sesión.

SEXTA SESIÓN

- Objetivos a Lograr

- Fortalecer Los Hábitos Racionales.
- Preparar al paciente a automatizar los cambios adquiridos en la terapia y para que, en el futuro, él sea su propio terapeuta.

-Procedimiento

- Autorreforzarse por pensar racionalmente y castigarse por pensar y actuar irracionalmente.
- Habituar a debatir, mentalmente y por escrito, sus creencias irracionales durante el resto de su vida.

- Planificando alguna sesión de seguimiento. Se dedica alguna sesión a que aprenda a anticipar problemas futuros y a imaginar cómo manejarlos con las habilidades RET que ya ha interiorizado.

- Técnicas

- Actuar en su vida diaria, de forma consistente con su nueva filosofía racional (y en contra de sus ideas irracionales).
- Se les anima a tener muchas experiencias, en su vida diaria, a que sean consistentes con su nueva filosofía (ej.: hacer teatro para un ex-tímido).
- Prevención de recaídas: la idea es aumentar el nivel de eficacia del paciente, provocando situaciones en sesión, donde el paciente pueda practicar las habilidades aprendidas.

- Trabajo en casa

- Hacer de este modelo de terapia un modelo de vida, utilizando todas las técnicas aprendidas en el diario vivir, y así tomar los problemas de una manera más llevadera.

BIBLIOGRAFÍA

- Agencia Peruana de Noticias. *Asesinos de mujeres alegan que celos los llevan a cometer feminicidio*. (2009). Recuperado de:
<http://www.andina.com.pe/Espanol/noticia-asesinos-mujeres-alegan-celos-los-llevan-a-cometer-feminicidio-430232.aspx#.UkxeiFNUZb0>
- Álvarez, J., Candia M., Estofanero, G., Franco P. *Relación Entre los Celos y la Tendencia Infiel en Jóvenes de 18 A 25 Años*. (2008). Recuperado de:
http://www.psicologia-online.com/articulos/2008/10/celos_infidelidad.shtml
- American Psychological Association. (2010). *Diccionario Conciso de Psicología*. Washington DC: Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2005). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Washington DC: Masson S.A.
- Bastin, G. (1972). *Diccionario de Psicología Sexual*. Barcelona: Editorial Herde.
- BBC Mundo. *Mapa del feminicidio en América Latina. 2013*. (2013).
Recuperado de:

<http://proyectocuerpodemujerpeligrodemuerte.wordpress.com/2013/07/05/mapa-del-feminicidio-en-america-latina-2013/>

- Bosque, I. (2005). *REDES: Diccionario Combinatorio del Español contemporáneo*. Madrid: España-Ediciones SM-FSM.
- Boulangger, M. y Carrasco, L. (2013). *Manual del Cuestionario Multidimensional de Celos*[versión electrónica]. Perú: Universidad César Vallejo. Recuperado el 14 de octubre de 2013 de:
http://www.uaeh.edu.mx/investigacion/icsa/LI_EvaluInter/Meli_Garcia/5.pdf
- Caballo, V. (2008). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Calvo, A. &. (s.f.). *PERSUM: Clínica de Psicoerapia y Personalidad*. Recuperado el 22 de Mayo de 2013, de PERSUM: Clínica de Psicoerapia y Personalidad: <http://psicologosoviedo.com/problemas-que-tratamos/pareja/celos>
- Canda Moreno, F. (2002). *Diccionario de Pedagogía y Psicología*. Madrid: Cultural Ediciones.
- Carámbula P. *La Ansiedad en números*. (2010). Obtenido de:
<http://www.sanar.org/salud-mental/estadisticas-ansiedad>

- Consuegra, N. (2004). *Diccionario de Psicología*. Bogotá: Ecoe Ediciones.
- Contreras, J. M.; Bott, S.; Guedes, A.; Dartnall, E. *Violencia sexual en Latinoamérica y el Caribe: Análisis de datos secundarios. Iniciativa de Investigación sobre la Violencia Sexual*. (2010). Recuperado de:
<http://www.svri.org/Violencia.pdf>
- Cruz, M., y Herrera, D., (2007). *Prevalencia de actitudes celotípicas en estudiantes de dos campi de la UVM*: Recuperado de:
http://www.tlalpan.uvmnet.edu/oiid/download/Celotipia_04_CSO_PSIC_PICS_E.pdf (2013, mayo).
- Doron, R. & Françoise, P. (2004). *Diccionario Akal de Psicología*. Madrid: Ediciones Akal.
- Echeburúa, E. & Fernández-Montalvo, J. (2007). *Celos en la Pareja: Una Emoción Destructiva: Un Enfoque Clínico*. Barcelona: Editorial Ariel, S.A.
- Ellis, A. (1999). *Una terapia breve más profunda y duradera*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A.
- Ellis, A., & Grieger R. (2003). *Manual de Terapia Racional Emotiva*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.

- Flores, P. *Boletín electrónico n° 22 del APDA, La ansiedad y su tratamiento cognitivo conductual*. 31 de marzo, 2009. Recuperado de:
<http://deficitdeatencionperu.com/la-ansiedad-y-su-tratamiento-cognitivo-conductual.html>
- Fromm, E., (1992). *El Inconsciente Social*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Hispanic Searching S.L. (2013). Trataremos los celos patológicos desde el punto de vista de la terapia racional emotiva (Albert Ellis, 2001). *Pareja: celos patológicos*. http://www.tnrelaciones.com/celos_patologicos/
- Kaplan, H., (2004). *Compendio de Psiquiatría*. México DF: Salvat Editores S.A.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. (2004). *Diccionario de Psicoanálisis*. México DF: Editorial Paidós.
- Luna, J. (1989). *Los Celos y sus Implicaciones Jurídica*. Caldas: Imprenta Departamental de Caldas.
- Marchant, N. (2005). *Tratado de Psiquiatría*. Buenos Aires: Grupo Guía S.A.

- Ochoa, S. (1998). *Validez de Constructo y Confiabilidad del Inventario Multidimensional de Celos*. [versión electrónica]. México: Universidad de Colima. Recuperado el 10 de junio de 2013 de:
http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/Sergio%20Gabriel%20Ochoa%20Alca raz.pdf
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22.a ed.). Recuperado de:<http://www.rae.es/rae.html>
- Rivas, P. (2013, 12 de septiembre). *El 68% de femicidios en el país se dio por problemas pasionales en el 2012*. ElComercio.com, recuperado el 15 de septiembre de 2013. http://www.elcomercio.com/seguridad/femicidios-Ecuador-karinadelpozo-pasiones_0_991700885.html
- Salkind, N. (2007). *Métodos de Investigación* (Tercera ed.). México DF: Prentice Hall, Inc.
- Sauteraud, A. (2010). *Como aprender a vivir con el Trastorno Obsesivo-Compulsivo*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Seco, M. (1999). *Diccionario del Español Actual*. Madrid: Aguilar Editoriales.
- Sociedad Española de Psiquiatría. (2010). *Trastornos Neuróticos*. Barcelona: Lexus Editores.

- Stein, D., y Hollander E. (2010). *Tratado de los Trastornos de Ansiedad*. Barcelona: Lexus Editores.
- Universidad Complutense de Madrid. Portal Psicologico.org. *Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton*. Recuperado de:
<http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Menu%20instrumentos.htm#EvaluacionGeneraldelosTrastornosdeAnsiedad> (2013, marzo).
- Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Estudios Superiores Iztacala. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala Vol. 12 No. 3. Septiembre de 2009. Tratamiento Cognitivo Conductual de los Celos en la Pareja*. (2013, julio).
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/1548>

ANEXOS

Anexo.1 Modelo del Inventario Multidimensional de Celos, elaborado por Díaz-Loving, R.

INSTRUCCIONES: A continuación encontraras una serie de afirmaciones referente a los celos, nos interesa saber que piensas al respecto, Para lo cual solicitamos tu cooperación Responde a cada afirmación marcando con una CRUZ (X) dentro del cuadro que le corresponda a cada pregunta, de acuerdo a tu experiencia. Por favor no deje ningún reactivo sin contestar. Por su colaboración MUCHAS GRACIAS.

Completamente de acuerdo (5)

De acuerdo (4)

Ni en acuerdo ni en desacuerdo (3)

En desacuerdo (2)

Completamente en desacuerdo (1)

1. Si me traicionará mi pareja, pasaría mucho tiempo antes de que el dolor desapareciera.					
2. Si mi pareja me fuera infiel me sentiría muy desdichado(a)					
3. Si me engañara mi pareja sería de lo más devastador que me pudiera ocurrir.					
4. Me deprimó cuando pienso lo que pasaría si pierdo a mi pareja.					
5. Me sentiría muy mal si mi pareja se fuera con otro(a).					
6. Me pondría ansioso(a) al saber que mi pareja estuviera interesado(a) más por otra persona que por mí.					
7. Cuando mi pareja se esta divirtiendo en una fiesta y yo no estoy ahí, me siento deprimido.					
8. Sentiría ganas de morirme si mi pareja me dejara.					
9. Mis emociones ciegan los hechos de la situación cuando siento celos.					
10. Me enoja cuando mi pareja habla bien de alguien del sexo opuesto.					
11. Me molesta cuando alguien abraza a mi pareja.					
12. Mis emociones ciegan los hechos de la situación cuando siento celos.					
13. Me siento mal cuando veo que mi pareja besa a alguien del sexo opuesto que yo no conozco.					
14. Siento resentimiento hacia las personas que reciben mas atención que yo.					
15. Soy muy posesivo(a).					
16- Me enojaría mucho si mi pareja se pusiera muy contento(a) de la posibilidad de ver a un antiguo amigo(a) del sexo opuesto.					
17. Si mi pareja se mostrará amable con alguien del sexo opuesto, sentiría celos.					
18. Cuando mi pareja habla sobre experiencias felices de su pasado, me siento triste de no haber sido parte de ellas.					

Completamente de acuerdo (5)

De acuerdo (4)

Ni en acuerdo ni en desacuerdo (3)

En desacuerdo (2)

Completamente en desacuerdo (1)

19. Tiendo a criticar a los novio(a)s que tuvo mi pareja.					
20. Me molesta que mi pareja se divierta cuando yo no estoy.					
21. Me sería difícil perdonar a mi pareja si ésta me fuera infiel.					
22. Me molesta cuando mi pareja coquetea con alguien.					
23. Me molesta que mi pareja tenga una conversación íntima con alguien del sexo opuesto.					
24. Resisto cuando mi pareja pasa demasiado tiempo con sus amigo(a)s en vez de conmigo.					
25. Me desagrada cuando mi pareja pasa más tiempo en sus entretenimientos que conmigo.					
26. Me sentiría muy mal si mi pareja se fuera con otro(a).					
27. No me gusta que mi pareja pase mucho tiempo con sus amistades.					
28. Me sentiría muy molesto(a) si en un baile no me esta prestando suficiente atención mi pareja.					
29. Me satisface ayudar a un amigo.					
30. Me es fácil hacer amistades.					
31. Me hace sentir bien el saber que alguien se interesa por mí.					
32. Trato de entender el comportamiento de mi pareja aun cuando algo me disgusta.					
33. Todos necesitan alguien en quien confiar.					
34. Me siento contento(a) cuando a mi pareja le cae bien uno(a) de mis con amigo(a)s.					
35. Generalmente yo confío en los demás.					
36. Me gusta que mi pareja haga nuevas amistades.					
37. Me he imaginado que mi pareja trama cosas a mis espaldas.					
38. Siento mucha curiosidad por saber lo que hace mi pareja cuando sale con amigo(a)s de su mismo sexo.					
39. Siento mucha curiosidad por saber lo que habla mi pareja cuando sale con amigo(a)s de su mismo sexo.					
40. Se me haría muy sospechoso el que mi pareja fuera a ayudar alguien del sexo opuesto con su trabajo.					

SEXO: _____ EDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____

ESCOLARIDAD: _____

Anexo.2 Modelo de la Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton

Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton (HAS)

Identificación	Fecha		0	1	2	3	4
1. Humor ansioso... .. Inquietud. Espera de lo peor. Aprensión (anticipación temerosa). Irritabilidad			0	0	0	0	0
2. Tensión... .. Sensación de tensión. Fatigabilidad. Imposibilidad de relajarse. Llanto fácil. Temblor. Sensación de no poder quedarse en un lugar			0	0	0	0	0
3. Miedos... .. A la oscuridad. A la gente desconocida. A quedarse solo. De los animales grandes, etc. Al tránsito callejero. A la multitud			0	0	0	0	0
4. Insomnio... .. Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos			0	0	0	0	0
5. Funciones intelectuales... .. (gnósicas). Dificultad de concentración. Mala memoria			0	0	0	0	0
6. Humor depresivo... .. Falta de interés. No disfrutar ya con sus pasatiempos. Depresión. Insomnio de la mañana. Variaciones de humor durante el día			0	0	0	0	0
7. Síntomas somáticos generales... .. (musculares) Dolor y cansancio muscular. Rigidez muscular. Sobresaltos. Sacudidas crónicas. Chirrido de los dientes. Voz poco firme o insegura			0	0	0	0	0
8. Síntomas somáticos generales... .. (somáticos) Zumbidos de oídos. Visión borrosa. Sofocaciones o escalofríos. Sensación de debilidad. Sensación de hormigueo			0	0	0	0	0
9. Síntomas cardiovasculares... .. Taquicardia. Palpitaciones. Dolores en el pecho. Latidos vasculares. Extrasístoles			0	0	0	0	0
10. Síntomas respiratorios... .. Peso en el pecho o sensación de opresión torácica. Sensación de ahogo. Suspiros. Falta de aire			0	0	0	0	0
11. Síntomas gastrointestinales... .. Dificultad para tragar. Meteorismo. Dispepsia. Dolor antes o después de comer. Sensación de ardor. Distensión abdominal. Pirosis. Náuseas. Vómitos. Sensación de estómago vacío. Cólicos abdominales. Borborismos. Diarrea. Constipación			0	0	0	0	0
12. Síntomas genitourinarios... .. Amenorrea. Metrorragia. Aparición de la frigidez. Micciones frecuentes. Urgencia de la micción. Eyaculación precoz. Ausencia de erección. Impotencia			0	0	0	0	0
13. Síntomas del sistema nervioso autónomo... .. Sequedad de boca. Accesos de rubor. Palidez. Transpiración excesiva. Vértigos. Cefalea de tensión. Horripilación			0	0	0	0	0
14. Comportamiento durante la entrevista... .. (general) Tenso, incómodo. Agitación nerviosa: de las manos, frota sus dedos, aprieta los puños. Inestabilidad, postura cambiante. Temblor de las manos. Ceño arrugado. Facies tensa. Aumento del tono muscular (fisiológico). Traga saliva. Eructos. Taquicardia de reposo. Frecuencia respiratoria de más de 20/min. Reflejos tendinosos vivos. Temblor. Dilatación pupilar. Exoftalmía. Sudor. Mioclonias palpebrales			0	0	0	0	0