

Agradecimientos

A todas las personas que han sido parte de este proyecto:

A nuestros maestros, que han compartido con nosotras sus conocimientos y experiencias ayudándonos en nuestra formación humana y profesional.

A nuestra asesora Ana Luisa Rodríguez Barreras por su dirección, apoyo y dedicación en la realización y estructuración de este trabajo.

A Roberto Chávez Nava, Alba Ruth Gastélum Rojo y Enoc BalderramaValenzuela que nos brindaron su tiempo y dedicación en la revisión de esta investigación.

A Raquel García Flores y Christian Oswaldo Acosta Quiroz, por sembrar en nosotras el interés y la motivación para trabajar en este proyecto, por creer en nosotras y apoyarnos incondicionalmente aún en la distancia.

Al Dr. Roberto Acosta y las asistentes de la UMF No.62 del IMSS que nos abrieron las puertas y la confianza para trabajar con los pacientes y poder realizar este proyecto.

A nuestras queridas pacientes que nos regalaron su confianza, su tiempo y espacio durante la intervención, por ser parte fundamental y por compartir con nosotras sus experiencias y sus vidas. A cada una de sus familias por apoyarnos y ser coparticipes en este proyecto.

Al Instituto Tecnológico de Sonora, por ser la institución que permitió nuestra formación para desarrollarnos como profesionistas.

A todos ustedes por permanecer con nosotras, ¡Mil Gracias!

Dedicatoria

Dedico esta investigación a todas aquellas personas que han estado conmigo a lo largo de mi vida brindándome su apoyo y cariño incondicional. Mil gracias a todos ustedes.

A ti que siempre has estado a mi lado, que día a día susurras a mi oído cuanto me amas, por ser mi amigo fiel, por abrazarme y tomarme entre tus brazos cuando estoy agobiada y cansada, por ser quien me guía en el caminar de la vida, porque sin tu amor y tu misericordia nada sería igual. Gracias por tantas Bendiciones Amigo. Mis logros son para ti Dios Mío.

A mis padres, que gracias a Dios, me han dado la vida, por estar siempre cuando los necesito, por ser mis primeros formadores, por darme la educación tanto moral como profesional que hoy se ve reflejado en mis logros, por guiar mis pasos, por sembrar en mi su ejemplo de amor y unión. Los amo porque siempre serán mis papis!!!

A mis hermanas, porque siempre me han demostrado su cariño, por estar siempre a mi lado y aconsejarme. Por los momentos que hemos pasado juntas, por experiencia y motivación para salir adelante. Las amo hermanitas.

A ti mi amor, por estar todos estos años a mi lado, por alegrarme mis días, por apoyarme en todo lo que yo necesito aun cuando no te lo pida, por demostrarme cuanto me amas, por tu ternura y comprensión, por ser mi novio y amigo, porque siempre me acompañas en mis buenos y malos ratos, por apapacharme y darme ánimo. A ti Uver Edén. I Love You Baby!!!

A mis amigos, que han sido parte de mi vida, por los momentos agradables y los no tanto, por compartir su vida personal conmigo, por confiar en mí como amiga, por abrirme las puertas de su corazón.

En especial a ti Claudia Cinco, por ser parte importante en mi vida, por permanecer tanto tiempo a mi lado, por tus consejos y por tenderme tu siempre mano amiga cuando te necesito, por ser mi compañera en esta investigación y aceptar este reto junto a mí, porque solo tú y yo sabemos cuanto nos ha costado llevarlo a cabo. TQM Amiga.

A mi tío Anastacio Portillo Barreras, por ser mi segundo padre, por ayudarme y apoyarme en todo, mil gracias tío, lo adoro con todo mi corazón. Por apoyar a mi familia y cuidar de mi madre. Gracias, que Dios me lo cuide siempre.

A mi tía Maria de Jesús Báez Enríquez, por estar al pendiente desde mi infancia, por apoyarme y cuidarme siempre, muchas gracias. Que Dios la Bendiga.

Con cariño:

Jesús Aimeé Báez Portillo

Dedicatoria

A Dios por ser el Autor de mi vida, por ser mi fiel confidente, Aquel quien con amor ha guiado cada uno de mis pasos, siendo testigo de mis luchas, de mis éxitos y fracasos, por

permitirme seguir en pie y vivir con fe las experiencias que hasta hoy me han ayudado a ser lo que soy. A Él primero y sobre todas las cosas mi Amor y Gratitude por las bendiciones recibidas durante toda mi vida.

A mi familia por aceptarme y amarme tal como soy, por su incondicionalidad, por permanecer a mi lado a pesar de todas las circunstancias, porque sin su presencia en mi vida nada de esto sería igual. A ustedes con todo mi amor.

A mis Amigos que has sido un soporte y han compartido su tiempo y su cariño conmigo, por animarme a perseverar en el logro de mis metas.

A Héctor López Sánchez, por ser un fiel compañero de camino, por su entrega, amor, paciencia y apoyo incondicional en la búsqueda y realización de mis sueños.

A mi amiga y compañera Aimeé Báez, por ser una parte importante en este logro, por compartir conmigo su vida, su trabajo, esfuerzo y dedicación, por permanecer fiel en este proyecto que iniciamos juntas.

A todas las personas que han dejado su huella en mi vida, que has sido fuerza, soporte, motivación y ejemplo en cada momento.

A todos ustedes les dedico con amor este logro por ser parte de mi crecer como persona y como profesionalista.

Muchas Gracias!

*Con Cariño:
Claudia Esther Cinco Ochoa*

RESUMEN

La Hipertensión Arterial es uno de los principales problemas de salud, pues genera un gran índice de morbi-mortalidad lo cual trae consigo graves consecuencias a nivel individual y social. De acuerdo con datos de la

Organización Mundial de la Salud (OMS), en la actualidad las enfermedades cardiovasculares son la causa principal de muerte en el mundo, y representan poco más del 30 por ciento de los eventos. Así mismo es la enfermedad no-transmisible diagnosticada con más frecuencia en México. El hecho de que no se atienda esta enfermedad genera, no sólo para el paciente, sino para la sociedad en general, pérdidas significativas.

Esta investigación fue apoyada por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y la colaboración de cuatro pacientes pertenecientes a la Unidad Médica Familiar No.62 ubicado en la Colonia Itson en la ciudad de Navojoa, Sonora. Se implementó un Programa Cognitivo-Conductual para la Adherencia al Tratamiento en Pacientes Hipertensos, basado en su estructura en el Modelo de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos, aunado a una evaluación anterior, durante y posterior al tratamiento; las bases conceptuales para dicha intervención están dadas bajo el marco cognitivo conductual.

Los datos obtenidos muestran que los efectos del programa cognitivo conductual para personas con enfermedades crónico degenerativas, como en el caso de la Hipertensión Arterial, dieron resultados favorables en la adherencia al tratamiento y el control de los niveles de presión arterial en los pacientes. Los pacientes lograron adquirir habilidades sociales y de afrontamiento al realizar conductas que les favorecieron en su adherencia al tratamiento logrando con esto tener un mayor control en su padecimiento. Así mismo, estas habilidades contribuyeron en la disminución de sus niveles de ansiedad al aprender a manejar las situaciones que les generaban éstos estados. Se logró disminuir considerablemente las cifras de presión arterial de los pacientes, a través de las distintas estrategias utilizadas en los niveles de intervención.

ÍNDICE

Agradecimientos.....	i
Dedicatorias.....	ii
Resumen.....	iv

Índice.....	v
Lista de gráficas	

CAPITULO I. INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes.....	2
1.2 Planteamiento del Problema.....	9
1.3 Justificación.....	15
1.4 Objetivos.....	18
1.4.1 Objetivo General.....	18
1.4.2 Objetivos específicos.....	18
1.5 Hipótesis.....	19
1.6 Limitaciones del estudio.....	19
Notas adicionales.....	20

CAPITULO II. MARCO TEORICO

2.1 La Presión Arterial.....	22
2.1.1 Mecanismo Fisiológico de la Presión Arterial.....	23
2.2 Hipertensión Arterial.....	27
2.2.1 Definición.....	27
2.2.2 Clasificación de la Hipertensión Arterial.....	29
2.2.2.1 Según los Tipos.....	29
2.2.2.2 Según los Niveles.....	30
2.2.2.3 Según su Etiología.....	32
2.3 Hipertensión de Bata Blanca.....	39
2.4 Factores de Riesgo en la Hipertensión Arterial.....	41
2.5 Complicaciones Potenciales de la Hipertensión Arterial.....	45
2.6 Tratamiento de la Hipertensión Arterial.....	47
2.6.1 Tratamiento Farmacológico.....	48
2.6.1.1 Efectos del Tratamiento farmacológico.....	49
2.6.2 Tratamiento no farmacológico.....	50
2.6.3 Tratamiento Psicológico.....	51
2.7 La Adherencia al Tratamiento en la Hipertensión Arterial.....	52
2.7.1 Actitud, Creencias y Salud en la Adherencia Terapéutica.....	60

2.7.2 Adherencia y calidad de vida.....	62
2.8 Estudio Psicológico de la Hipertensión Arterial.....	64
2.8.1 Variables de Tipo Psicológico en la Hipertensión Arterial.....	66
2.8.2 Reacciones emocionales ante el diagnóstico enfermedad.....	67
2.8.3 Variables Psicosociales en la Hipertensión Arterial.....	69
2.9 El papel del Psicólogo en la Salud.....	88
2.10 Modelos Teóricos utilizados en Psicología de Salud.....	91
2.10.1 El Modelo de Aprendizaje Social.....	94
2.10.2 Modelos Cognitivos Conductuales.....	96
2.10.3 El Modelo de Creencias en Salud.....	117
2.10.4 El Modelo de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos.....	120
2.11 Programa de Intervención Cognitivo Conductual para la Adherencia al Tratamiento en Pacientes Hipertensos.....	131

CAPITULO III. METODOLOGIA

3.1 Sujetos.....	135
3.2	
Materiales.....	135
3.3 Procedimiento.....	139

CAPITULO IV. RESULTADOS

4.1 Estadística Descriptiva	146
-----------------------------------	-----

CAPITULO V. DISCUSION

5.1 Conclusiones.....	183
5.2 Recomendaciones.....	185

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**ANEXOS****LISTA DE GRÁFICAS**

Gráfica 1. Nivel de Adherencia Terapéutica (Sujeto 1).....	147
Gráfica 2. Nivel de Ansiedad (Sujeto 1).....	147
Gráfica 3. Nivel de Agresión (Sujeto1).....	148
Gráfica 4. Toma de Medicamento (Sujeto 1).....	149

Gráfica 5. Realización de Ejercicio (Sujeto 1).....	149
Gráfica 6. Nivel de Presión Arterial (Mañana) (Sujeto1).....	150
Gráfica 7. Nivel de Presión Arterial (Mediodía) (Sujeto 1).....	151
Gráfica 8. Nivel de Presión Arterial (Tarde) (Sujeto 1).....	152
Gráfica 9. Nivel de Presión Arterial (Semanal) (Sujeto 1).....	152
Gráfica 10. Nivel de Adherencia Terapéutica (Sujeto 2).....	153
Gráfica 11. Nivel de Ansiedad (Sujeto 2).....	154
Gráfica 12. Nivel de Agresión (Sujeto 2).....	154
Gráfica 13. Toma de Medicamento (Sujeto 2).....	155
Gráfica 14. Realización de Ejercicio (Sujeto 2).....	156
Gráfica 15. Nivel de Presión Arterial (Mañana) (Sujeto 2).....	157
Gráfica 16. Nivel de Presión Arterial (Mediodía) (Sujeto 2).....	157
Gráfica 17. Nivel de Presión Arterial por la tarde (Sujeto 2).....	158
Gráfica 18. Nivel de Presión Arterial (Sujeto 2).....	159
Gráfica 19. Nivel de Adherencia Terapéutica (Sujeto 3).....	160
Gráfica 20. Nivel de Ansiedad (Sujeto 3).....	160
Gráfica 21. Nivel de Agresión (Sujeto 3).....	161
Gráfica 22. Toma de Medicamento (Sujeto 3).....	162
Gráfica 23. Realización de Ejercicio (sujeto 3).....	162
Gráfica 24. Nivel de Presión Arterial (Mañana) (Sujeto 3).....	163
Gráfica 25. Nivel de Presión Arterial (Mediodía) (Sujeto 3).....	164
Gráfica 26. Nivel de Presión Arterial (Tarde) (Sujeto 3).....	165
Gráfica 27. Nivel de Presión Arterial (Semanal) (Sujeto 3).....	165
Gráfica 28. Nivel de Adherencia Terapéutica (Sujeto 4).....	166
Gráfica 29. Nivel de Ansiedad (Sujeto 4).....	167
Gráfica 30. Nivel de Agresión (Sujeto 4).....	168
Gráfica 31. Toma de Medicamento (Sujeto 4).....	169
Gráfica 32. Realización de Ejercicio (Sujeto 4).....	169
Gráfica 33. Nivel de Presión Arterial (Mañana) (Sujeto 4).....	170
Gráfica 34. Nivel de Presión Arterial (Mediodía) (Sujeto 4).....	170
Gráfica 35. Nivel de Presión Arterial (Tarde) (Sujeto 4).....	171
Gráfica 36. Nivel de Presión Arterial (Semanal) (Sujeto 4).....	172

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Actualmente la Hipertensión Arterial es uno de los principales problemas de salud que afecta a un gran número de personas de la población general, ya que por sí misma y aunada a otros padecimientos genera un gran índice de morbi-mortalidad lo cual trae consigo graves consecuencias a nivel individual y social. Por tal razón, la Psicología ha detectado la necesidad y pertinencia de intervenir en el desarrollo de los aspectos psicológicos relacionados con dicha enfermedad, ya que ésta ha sido abordada desde otras disciplinas, sin embargo, reconoce que esto no ha sido suficiente, porque la salud implica un bienestar tanto a nivel físico, mental y emocional, pues esto está íntimamente relacionado. Por consiguiente se propone un programa de intervención, en el cual se aborde desde otra perspectiva dicha enfermedad. Basado en un modelo Cognitivo-Conductual, con el objetivo de ayudar al paciente hipertenso en su adherencia al tratamiento lo cual contribuirá en el control de la presión arterial y por consiguiente en una mejor calidad de vida.

1.1 Antecedentes

De acuerdo con los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la actualidad las enfermedades cardiovasculares son la causa principal de muerte en el mundo, y representan poco más del 30 por ciento de los eventos. Aproximadamente el 45 por ciento de esas muertes tienen como enfermedad de base la hipertensión arterial (Kalil, 2004).

Esto significa que actualmente en el mundo alrededor de 600 millones de personas sufren hipertensión arterial sistémica. De ellos, 420 millones viven en países en vías de desarrollo y debido al padecimiento 17 millones fallecen anualmente por enfermedad cardiovascular, la cual ocupa el primer lugar en morbi-mortalidad del paciente adulto (Frenk, 2002).

En Estados Unidos se llevó a cabo el programa nacional de la educación sobre la prevención, la detección, la evaluación, y el tratamiento de la tensión arterial alta, el propósito es proporcionar un acercamiento evidencia-basado a la prevención y a la gerencia de la hipertensión. Aseguran que ésta será controlada solamente si motivan a los pacientes para permanecer en su plan del tratamiento. Las experiencias positivas, la confianza en el clínico, y empatía mejorarán la motivación y la satisfacción en los pacientes.

Estadísticas recientes de la Asociación del Corazón de EE.UU. (AHA) destacan que el 18.2 por ciento de los latinos sufre ese problema y que los

estadounidenses de ascendencia mexicana tienen un nivel de riesgo especialmente alto (Prisant, s. a).

Según un estudio realizado entre la población latina de los Estados Unidos, los mexicanos resultaron ser los más propensos a sufrir ataques al corazón, ello debido a la alimentación, los malos hábitos, la falta de ejercicio y el número elevado de hipertensos. En el reporte de la Asociación Americana del Corazón, los mexicanos tienen una incidencia mayor del 20 por ciento de padecer enfermedades del corazón y accidentes cerebro vasculares (Prisant, s. a).

Así mismo, en una encuesta realizada y patrocinada por una compañía estadounidense, los hispanos son el grupo étnico con menos información sobre la tensión arterial elevada, lo que los convierte en el grupo de mayor riesgo de padecer la enfermedad. Asegura que a menudo la hipertensión puede pasar desapercibida porque no existen síntomas vinculados específicamente, ello aunado a la falta de información y de hábitos saludables ha convertido a los latinoamericanos en el grupo con más muertes cardiovasculares (Prisant, s. a).

Se realizó un análisis prospectivo de las relaciones entre las características individuales y el desarrollo de hipertensión estable en un grupo de sujetos jóvenes con hipertensión límite. Los sujetos con este tipo de hipertensión que progresaron a la hipertensión estable tenían más edad, presentaron con más frecuencia historia familiar de presión arterial elevada, eran hiperreactores y mostraron sensibilidad a la sal en comparación con los que no desarrollaron

hipertensión estable (Borghetti C., Costa FV., Boschi S. et al., citado en Ferri, 2002).

Debido a la importancia que los factores psicológicos poseen en el padecimiento de la hipertensión arterial, se han realizado investigaciones de corte psicológico que han contribuido a un mayor conocimiento sobre diferentes variables que intervienen en el control de los niveles de presión arterial.

Se realizó un estudio con el objetivo de determinar la efectividad de un programa de intervención biopsicosocial para reducir los niveles de presión arterial. Participando dos grupos aleatorizados (Grupo control y grupo experimental) con pre y post intervención, participando 94 pacientes controlados por hipertensión arterial, registrándose los niveles de presión arterial sistólica y diastólica. Los resultados mostraron que una disminución de PAS en el grupo experimental, mientras que en la PAD no se mostró ninguna diferencia significativa una vez aplicada la intervención, manteniéndose en niveles controlados. Este estudio respalda la evidencia que demuestra que las intervenciones biopsicosociales de corte cognoscitivo-conductual, en equipos interdisciplinarios, tienen efectos significativos en la reducción de los niveles de hipertensión arterial (Holguín, L., Correa, D., Arrivillaga, M., Cáceres, D. y Varela, M., 2006).

Se realizó una investigación con el fin de evaluar la eficacia de una intervención educativa activa participativa sobre la presión arterial media, índice de masa corporal y nivel de conocimientos en este padecimiento, en sujetos con

hipertensión arterial. Se llevó a cabo cuatro horas diarias durante cinco días por bimestre en tres ocasiones, en la que se abordaron temas relacionados con la hipertensión arterial en pacientes hipertensos no controlados, se incluyeron 48 pacientes con hipertensión arterial leve y moderada, con edades entre 25 y 60 años. Se excluyeron pacientes con evidencia de lesión severa en algún órgano blanco o complicaciones crónicas. Los resultados arrojaron que tanto el peso como la presión arterial mostraron diferencias estadísticamente significativas en su disminución respecto a las mediciones iniciales, con una diferencia de la presión arterial media de 13.69 mm Hg al final del estudio ($p < 0.05$). Concluyendo que la estrategia educativa activa participativa es útil en el control de la presión arterial media e IMC en los pacientes hipertensos (Peredo et al. 2004).

En un estudio de tipo descriptivo se analizó la importancia de los cambios de estilo de vida como aspecto fundamental para realizar una promoción de la salud y una prevención de enfermedades de manera eficaz. Consistió en una comparación pre-post del estado de diversos indicadores tanto biomédicos como psicológicos (frecuencia e intensidad de eventos estresantes, ansiedad de estado, depresión, estilos de afrontamiento y patrones comportamentales), resultantes de una aplicación de un programa de autocontrol. Se enfatiza el hallazgo hecho en el sentido de que las personas que modificaron algún patrón de comportamiento fueron las que elaboraron previamente un compromiso de autocontrol para programar dicho cambio. Se compararon los resultados con los obtenidos en otros estudios similares y se sugiere un modelo de programa de promoción de la salud (Flórez, 1997).

También se realizó un estudio en el cual se intenta categorizar los determinantes del cumplimiento farmacológico antihipertensivo en el modelo psicosocial A. S. E. (Actitud, Influencia Social y Autoeficacia). Es un estudio cualitativo, realizado mediante entrevista semiestructurada y grabada, con 44 pacientes (25 cumplidores y 19 incumplidores). Dos investigadores independientes realizaron un análisis temático de las respuestas, siguiendo el método de Burnard. El método se validó mediante el Índice Kappa. La información de los pacientes sugiere que los programas educativos deberían resaltar las ventajas del tratamiento, enseñar las habilidades que mejoran la adherencia, prever las dificultades y efectos secundarios, y enseñar a soslayarlos o manejarlos. Dichos programas deberían ser impartidos por sanitarios convencidos de la eficacia del tratamiento, buenos comunicadores y dispuestos a compartir responsabilidad con el paciente y a integrar en el programa a las personas influyentes de su entorno próximo (Fernández et al. 2003).

A fin de examinar los efectos de una intervención cognitivo-conductual sobre éstos y otros aspectos de la atención de padecimientos crónicos se realizó un estudio cuasiexperimental con 51 pacientes con hipertensión, diabetes, o ambas. La intervención fue de tipo individual sobre variables psicológicas que interfieren con el bienestar y la adherencia terapéutica de los pacientes. Se realizaron mediciones pre y post tratamiento sobre calidad de vida, estilo de afrontamiento depresión, ansiedad, glucosa en sangre, presión arterial y dosis de hipotensor. Se observaron mejoras clínica y estadísticamente significativas en la gran mayoría de las variables para la mayoría de los pacientes. Los

principales beneficios se observaron en glucosa, actividad física, reducción de conductas de riesgo, calidad de vida, depresión y ansiedad. También mejoraron significativamente los estilos de afrontamiento conductual activo, cognitivo activo, análisis lógico y solución de problemas (Riveros et al. 2004).

La hipertensión arterial es la enfermedad no transmisible diagnosticada con más frecuencia en México. Algunas de sus consecuencias como las enfermedades del corazón y las enfermedades cerebrovasculares ocupan el segundo y cuarto lugar respectivamente en la tasa de mortalidad de la población general.

La Secretaría de Salud de México (SSA) realizó un amplio estudio con el objetivo de conocer el estado actual de padecimientos no transmisibles, como hipertensión arterial y su relación con otros factores de riesgo cardiovascular. Los resultados obtenidos arrojan que en México aproximadamente 15.2 millones de personas padecen hipertensión arterial sistemática. El 61 por ciento de ellas lo ignora, cinco de cada 10 mexicanos mayores de 50 años tiene la enfermedad. Del total de personas a quienes se les ha diagnosticado, menos del 50 por ciento están bajo tratamiento médico farmacológico. La mayor prevalencia se registra en los estados del norte (más del 30 por ciento). Con excepción de Tabasco y Yucatán, los del sur registraron un predominio menor. La diabetes tipo 2, obesidad, tabaquismo y proteinuria incrementan su prevalencia. La prevalencia en hombres fue de 34.2 por ciento y en la mujer de 26.3 por ciento. Así, después de los 50 años, la HTA supera el 50 por ciento, es decir, la prevalencia varió con la edad de los individuos. La más alta se

encontró en los individuos con edad entre los 70 y los 79 años (53.6 por ciento) y la más baja en los de 20 a 29 años (17 por ciento). La mujer alcanza y supera en prevalencia al hombre a partir de los 50 años. Los resultados de ENSA 2000 alertan sobre la necesidad de intensificar las estrategias para la detección, control, tratamiento y prevención de la hipertensión arterial sistemática (Frenk, 2002).

En el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado (ISSSTE) en Navojoa, Sonora, a partir de Enero a Octubre de 2005, se atendieron 5883 pacientes hipertensos en total, distribuidos en los diferentes tipos de consulta como lo son: especialidades 1910, urgencias 462 y familiar 3511 pacientes.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de Navojoa, Sonora de Enero a Octubre de 2005, se atendieron en total 1546 pacientes hipertensión. Atendidos en el área de especialidades fueron 938, en urgencias 608 pacientes.

En los Centros de Salud Urbanos y Rurales en el municipio de Navojoa, Sonora se hicieron 19190 tomas de presión en hombres y mujeres entre las cuales 15344 dieron resultado negativo y 3846 fueron positivas. Los casos de personas hipertensas que están en tratamiento son un total de 738 de los cuales 525 son mujeres y 213 son hombres y en los casos controlados existe un total de 283 pacientes. Dentro de estas mismas unidades de salud se encuentra el Hospital general en el cual se hicieron 14404 tomas de presión en

hombres y mujeres entre los cuales 13571 resultaron negativos y 779 positivos. En tratamiento se encuentran 467 pacientes mujeres y 232 hombres y en los casos controlados existen 341 pacientes.

Con los datos anteriormente mencionados en estas instituciones de salud existe un total de 12054 casos de hipertensión en consultas atendidas de Enero a Octubre del 2005.

1.2 Planteamiento del problema

Como ya se ha mencionado, la hipertensión arterial es una de las causas principales de mortalidad en el mundo y en nuestro país, todo esto a consecuencia de diversos factores como el sedentarismo, los malos hábitos alimenticios, el consumo de alcohol, la obesidad, el estrés; entre otros, los cuales contribuyen a que se genere esta enfermedad, aunado con la falta de conciencia que posee la gente para prevenir y controlar los factores de riesgo con el fin de evitar que ésta vaya en aumento y así lograr un mejor nivel de salud en la vida de las personas.

La Encuesta Nacional de Hipertensión Arterial indica que en los últimos cuatro años, esta enfermedad ha provocado 195 mil 500 muertes al año. Las perspectivas para el futuro no difieren mucho de las actuales. Se prevé que en el año 2020 las enfermedades cardiovasculares continúen en la cima de la lista de las principales causas de muerte y discapacidad en todo el mundo.

Esta posición permite visualizar los altos costos que trae consigo el hecho de no prestar la atención adecuada a esta situación, un ejemplo sería el gran porcentaje de pacientes hipertensos que han tenido que internarse con urgencia debido a alguna complicación en el desarrollo de su enfermedad, lo cual conlleva a un deterioro tanto físico como emocional en la vida de los pacientes y de la propia familia, además de que se genera un gasto económico en las instituciones de salud. Aunado a esto el sector salud realiza 22 millones de pruebas de hipertensión arterial al año, pero para obtener resultados efectivos debe duplicarse esta cifra, desafortunadamente la poca información y disposición que tienen los hipertensos hace que los avances en el control de esta enfermedad se vean mermados.

El hecho de que no se atienda esta enfermedad genera, no sólo para el paciente, sino para la sociedad en general, pérdidas significativas porque afecta a grupos en edad productiva limitando su capacidad funcional lo que trae como consecuencia una disminución en la economía del país.

En las enfermedades crónicas como en el caso de la hipertensión la no adherencia es un fenómeno mundial de graves consecuencias; pérdida del control de la enfermedad, altos costos en el sistema de salud, altos costos familiares, pérdida de calidad de vida, etc. y tiende a empeorar a medida que el paciente lleva más tiempo con la terapia (Silva et al. 2005).

Debido a las características del padecimiento, las altas tasas de incidencia y prevalencia, lo incapacitante y en muchos casos mortal de sus consecuencias;

el tratamiento de la hipertensión no puede dirigirse únicamente a la detección y medicación del padecimiento. Es necesario examinar la contribución de mecanismos conductuales, cognoscitivos y ambientales en el diagnóstico y manejo de la hipertensión.

Por esta situación es necesario adoptar estrategias, algunas de carácter poblacional y otras de carácter individual, para aclarar, orientar, motivar y monitorizar los factores determinantes y agravantes de la hipertensión arterial, algunas organizaciones de salud han tratado de abordar este problema de manera convencional en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad por medio de diversas estrategias.

Por ejemplo, la Secretaría de Salud (SSA) ha puesto en marcha programas para reforzar la atención, capacitación médica y prevención, así como diagnóstico a tiempo de esta enfermedad. De igual forma informó que se llevan a cabo diversas acciones de prevención, entre las que destacan las campañas informativas en centros de salud y unidades médicas, sobre hábitos alimenticios y orientación.

Cada año, el Día Mundial de la Hipertensión se esfuerza en difundir mensajes que concienticen a la gente acerca de su importancia y las serias complicaciones de salud que puede originar esta patología que afecta a 1500 millones de personas en todo el mundo. La presión arterial elevada se conoce como el “asesino silencioso”, es necesario que un individuo mida su presión

periódicamente, para saber si su corazón trabaja adecuadamente (Guadalajara, 2001).

Sin embargo en muchas ocasiones su orientación no abarca todas las dimensiones de la persona, ya que solo se enfocan a la salud física del individuo, descuidando tal vez los aspectos cognitivo, emocional y conductual.

Es por eso que la Psicología ve oportuno el intervenir y aportar los conocimientos y herramientas que puedan contribuir para una mejor atención en este caso en el problema del paciente hipertenso.

Como menciona Colunga (s. a), el estudio psicológico de las enfermedades, se ha hecho generalmente por medio de estudios epidemiológicos que demuestran que dentro de la historia natural de la enfermedad, elementos de índole psicológica son esenciales, tal es el caso de la presencia de estresores ambientales, elementos básicos de la personalidad del sujeto y el aprendizaje social que lo llevan a comportarse de determinada manera ante una situación socialmente demandante.

A lo largo de los años 70's y principalmente durante la década de los 80's, se realizaron un amplio número de investigaciones que tuvieron como objeto los procedimientos del manejo del estrés encaminados a enseñar a relajarse a los pacientes hipertensos. Así como también programas para modificar los factores de riesgo que forman parte del estilo de vida asociado a la hipertensión (dieta, sobrepeso, ausencia de ejercicio físico o consumo excesivo de alcohol), así

como la mejora de adhesión al tratamiento farmacológico (que es uno de los problemas más difíciles con los que se encuentra el médico en el trabajo cotidiano con la hipertensión), son algunas de las contribuciones de la Psicología de la salud en el problema.

De la misma manera, dentro del ámbito Psicológico se han realizado intervenciones para abordar y/o solucionar dicho problema, algunas de índole biopsicosocial de corte cognoscitivo-conductual, en equipos interdisciplinarios, que demuestran tener efectos significativos en la reducción de los niveles de hipertensión arterial. También en el área de educación para la salud, se ha concluido que la estrategia educativa activa participativa es útil en el control de la presión arterial media en los pacientes hipertensos. De igual manera se han realizado estudios descriptivos sobre la importancia de los cambios de estilo de vida y patrones comportamentales como aspectos fundamentales para realizar una promoción de la salud y una prevención de enfermedades de manera eficaz, en base a la aplicación de programas de autocontrol. Así mismo, se han llevado a cabo análisis para categorizar los factores determinantes del cumplimiento farmacológico antihipertensivo en el modelo psicosocial A. S. E. (Actitud, Influencia Social y Autoeficacia), para un mayor conocimiento y adherencia al tratamiento en dicha enfermedad.

Con el fin de examinar los efectos de una intervención cognitivo-conductual sobre éstos y otros aspectos de la atención de padecimientos crónicos se han realizado estudios sobre las variables psicológicas que interfieren con el bienestar y la adherencia terapéutica de los pacientes. Todo este esfuerzo

conjunto demuestra los beneficios que se obtienen a partir de la aplicación de intervenciones de índole psicológica, pues muestran diferencias significativas en los pacientes que participan activamente en dichas intervenciones en contraste con aquellos pacientes que no las llevan a cabo.

Debido a la importancia del trato psicológico en esta enfermedad, en el estado de Sonora se ha buscado la manera de actuar en esta problemática. Una de las estrategias ha sido la implementación de un programa dirigido a modificar los estilos de afrontamiento ante situaciones estresantes, a través de entrenamiento en relajación, reestructuración cognitiva, detección de cadenas de pensamiento y retroalimentación biológica (Ortiz y Ehrenzweig, 1998).

Por lo tanto la Psicología puede aportar, como disciplina, lo necesario para que se aborde este problema de manera más integral, esto indica que hay factores relacionados con el paciente hipertenso, los cuales le impiden tener un control en el cuidado de su enfermedad como lo son, malos hábitos de salud, falta de conocimiento de la enfermedad, el manejo inadecuado de pensamientos y emociones que implican un deterioro psicosocial en el individuo, además de la falta de decisión, interés, motivación y disposición que le lleven a actuar en pro de su bienestar en el transcurso de su enfermedad.

Con todo lo anteriormente la interrogante se encuentra a nivel de cuestionarse si una intervención Cognitivo-Conductual contribuye en la adherencia al tratamiento del paciente hipertenso y con ello al control de los niveles de la presión arterial.

1.3 Justificación

Debido a la incidencia del número de muertes que se presentan, en las cuales aproximadamente el 45 por ciento tienen como enfermedad de base la hipertensión arterial y las grandes consecuencias que trae consigo un estilo de vida inadecuado por esta enfermedad, se ha encontrado la pertinencia de abordar este problema de salud a nivel psicológico, ya que esto beneficiaría de gran manera tanto en la prevención como en el control y mejora en la calidad de vida de los pacientes hipertensos.

El comportamiento del paciente es un componente clave en su bienestar, tanto por aspectos cognoscitivos como instrumentales y emocionales de su comportamiento. Si bien se ha mostrado que estos aspectos afectan los valores de presión sanguínea, pensamientos, acciones y emociones prácticamente no se consideran al momento de establecer el diagnóstico, en el caso de la forma esencial de hipertensión se desconoce el origen de los aumentos de presión, a esta forma se agregan los casos en los que las medidas tomadas en consultorio no corresponden a las que el paciente tendría en otros escenarios. Las implicaciones de este problema añaden dos aspectos más a la deficiente adherencia terapéutica y deteriorada calidad de vida de los pacientes hipertensos: primero el sobre-diagnóstico y aumento en preocupación por la salud, y segundo, los efectos nocivos de tratamientos innecesarios. Analizar el peso que tienen en la hipertensión las cogniciones, la atención focalizada a los síntomas y los mecanismos de afrontamiento, es una labor que corresponde a los profesionales de la conducta.

Es así que el apego o adherencia al tratamiento médico de una enfermedad crónica es también un objetivo importante desde la perspectiva de la psicología de la salud. Afortunadamente, existen intervenciones psicológicas altamente eficaces para mejorar la adhesión, incluso a regímenes terapéuticos altamente complejos y dependientes del paciente. Las estrategias que reduzcan la prevalencia de hipertensión arterial permitirán cambios importantes en el pronóstico tan poco alentador para las próximas décadas.

Esta intervención ayudará a generar interés e involucrar a las personas en un trabajo conjunto por el bienestar de los pacientes hipertensos. Por lo tanto, el implementarlo conducirá al logro de su bienestar tanto a nivel psicológico como físico y por ende mantener estables los niveles de presión arterial.

Además, gracias a esta intervención se verán beneficiadas personas que padecen hipertensión y que participen en el programa, en el cual se les proporcionarán estrategias apropiadas para el manejo de su enfermedad, así como también los resultados obtenidos servirán de guía para próximos programas que se deseen implementar en esta área.

La prevalencia de hipertensión arterial varía mucho en relación a factores sociales y culturales, que no puede ser explicada totalmente por factores convencionales, sus conclusiones estimulan el desenvolvimiento de un modelo de estrés y enfermedad que enfatiza la participación de factores psicológicos y sociales, que los individuos perciben como estresores a este concepto se le llama modelo de consonancia cultural, el cual sugiere que cuanto mayor es la

consonancia cultural de un individuo, menor es su presión arterial, esta relación, se ve mediada por el estrés cotidiano y el estilo de vida, explicado en un principio por el modelo de Selye de estrés adaptación, denominado síndrome general de adaptación (Colunga, s. a).

Como se ha mencionado hay modelos que pueden ayudar a la explicación del comportamiento de salud de los individuos. En los últimos años se han propuesto en el ámbito de la Psicología de la Salud distintos modelos comportamentales que pueden contribuir a lograr este objetivo.

Los modelos cognitivos-conductuales, en la actualidad, acaparan el interés de los investigadores y teóricos como herramienta conceptual para explicar e investigar sobre los factores determinantes en la intervención terapéutica, en este caso se tomará el Modelo de Enfermedades Crónico Degenerativas. Este modelo considera tres niveles de intervención con sus respectivos métodos y objetivos, aunado a una evaluación anterior, durante y posterior al tratamiento; las bases conceptuales para dicha intervención están dadas bajo el marco Cognitivo-Conductual.

La terapia Cognitivo-Conductual es un modelo teórico que ha sido empleado en el tratamiento de enfermedades crónico degenerativas. Ésta es practicada en diferentes formatos con sesiones grupales o individuales; el modelo Cognitivo-Conductual sugiere que los síntomas de distrés físico y mental son parcialmente una consecuencia de pensamientos, emociones y conductas mal adaptadas. Por lo tanto, esta perspectiva se enfoca en reconocer y modificar

los pensamientos, emociones y conductas que contribuyen al distrés físico y emocional.

Por tal motivo esta intervención será utilizada para el tratamiento psicológico de pacientes hipertensos, modificar conductas y cogniciones o una combinación de ambos.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Determinar la efectividad de un programa de intervención Cognitivo-Conductual para lograr una mayor adherencia al tratamiento y control de los niveles de presión arterial de personas con diagnóstico de hipertensión arterial, derechohabientes del IMSS.

1.4.2 Objetivos específicos

- Diseño del programa de intervención.
- Lograr una disminución en los niveles de ansiedad en los pacientes.
- Disminuir los niveles de agresión en los pacientes.
- Aplicación de instrumentos de evaluación, medición y toma de línea base de presión arterial a los pacientes antes de iniciar el programa de intervención.
- Aplicación del programa de intervención.

- Aplicación de instrumentos de evaluación y post medición de la presión arterial a los pacientes después de la aplicación del programa de intervención.
- Evaluar los resultados obtenidos de la intervención.

1.5 Hipótesis

Hi: El tratamiento Cognitivo-Conductual favorece la adherencia al tratamiento y control de la presión arterial del paciente hipertenso.

1.6 Limitaciones

En la presente investigación se consideran ciertas limitaciones que pudieran afectar el procedimiento de ésta; por lo que se hace una breve descripción de las más significativas.

1. La principal limitación de este estudio, es su naturaleza no experimental, la cual se considera como una limitante en el momento de tratar tomar decisiones estadísticas a partir de los resultados.
2. Que el número de sujetos en el estudio no sea una muestra significativa.
3. Otra limitante es que el instrumento de Adherencia no contempla aspectos psicosociales relacionados con la misma, ya que solo mide conductas médicas de salud.

4. El no contar con un grupo control y otro experimental para comparar los resultados entre ambos.

→ **Notas adicionales**

Al llevar a cabo este programa de intervención se contribuirá para abordar el problema de Hipertensión Arterial de una manera más integral, ya que aún cuando éste se ha tratado con anterioridad, ha sido a través de un enfoque convencional de educación para la salud, por el contrario este nuevo proyecto incluirá las variables psicológicas que influyen en el descontrol de los niveles de la presión arterial y se proporcionarán técnicas que ayuden al paciente en el manejo de su enfermedad, lo que traerá como consecuencia el mejoramiento de su calidad de vida.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

La hipertensión arterial constituye uno de los trastornos más frecuentes en las consultas médicas y es reconocida entre los principales factores de riesgo de los trastornos cardiovasculares y cerebrovasculares, siendo así una de las primeras causas de muerte en el país. Como padecimiento crónico, es para toda la vida y es incurable en más del 95 por ciento de los casos, reduce en forma importante la esperanza de vida y produce serias complicaciones; sin embargo, es controlable. Por ello se realizan grandes esfuerzos dirigidos al diagnóstico, control y tratamiento temprano de los pacientes hipertensos.

El conocimiento de la verdadera magnitud de la proporción de la población afectada se ve obstaculizado por varios hechos pues una porción importante de los hipertensos no está consciente de su estado. En muchas ocasiones su aparición ocurre de manera lenta, progresiva y sin que se describan síntomas asociados, de ahí que ha sido bautizada como "el asesino silencioso."

En este apartado se tratan aspectos importantes como lo es la definición general de la presión arterial, los factores fisiológicos y su funcionamiento, así mismo se aborda la definición de la hipertensión arterial, mecanismo fisiológico, tipos, clasificación, etiología, síntomas, causas, factores de riesgo, tratamiento, adherencia, aspectos psicológicos, así como la descripción del programa de intervención que se realizará con pacientes hipertensos.

2.1 La presión arterial

La presión arterial es una variable fisiológica resultante de la fuerza con la que la sangre empuja las paredes de los vasos en su circulación por el sistema arterial y que, fundamentalmente, está en función de la salida cardiaca (volumen de sangre expulsado en cada latido y frecuencia de los latidos) y de la resistencias periféricas (resistencia que ponen los vasos sanguíneos al paso de la sangre). Esta presión se expresa en milímetros de mercurio (mm Hg.) y, dados los ciclos de funcionamiento del corazón, tiene dos estimaciones: la presión máxima o sistólica y la presión mínima o diastólica. La presión sistólica se produce durante la sístole del músculo cardíaco y viene determinada principalmente por la fuerza con que la

sangre sale del corazón y, por consiguiente, está sujeta a mayores variaciones. La presión diastólica es la presión residual que se mantiene durante la diástole del músculo cardíaco y depende esencialmente de las resistencias periféricas (García y Sanz, 2000).

2.1.1 Mecanismo fisiológico de la presión arterial

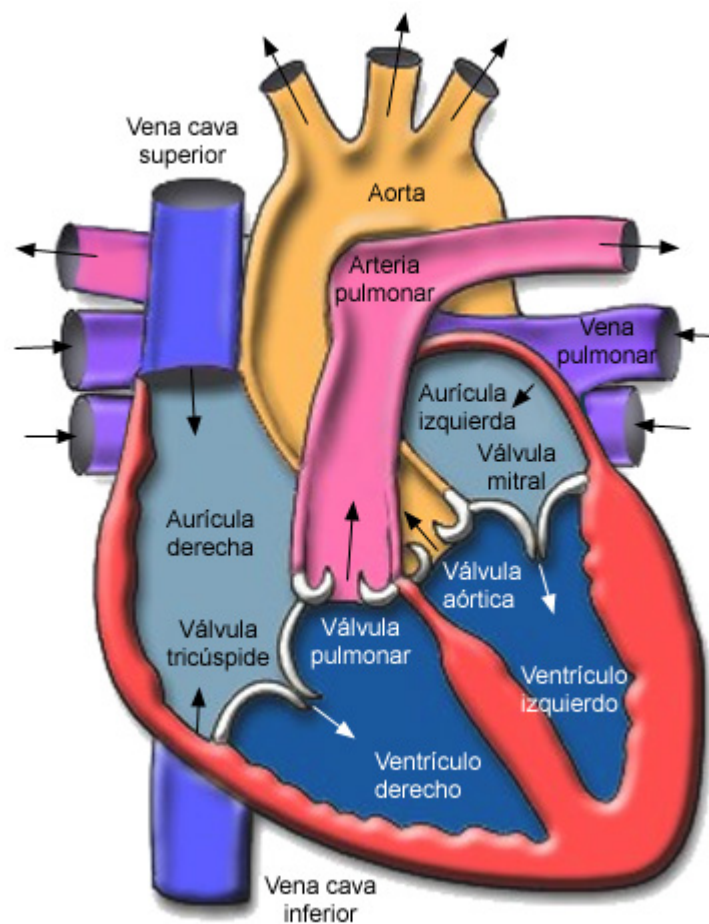
La psicofisiología cardiovascular examina el impacto de los fenómenos psicológicos en el funcionamiento del sistema circulatorio. Como ciencia aplicada su estudio se dirige hacia la comprensión de las complejas relaciones entre el estrés, la conducta y la enfermedad cardiovascular relacionada (Brownley et al. 2000).

El sistema circulatorio tiene dos subdivisiones primarias: la circulación pulmonar y la circulación sistémica. Es un circuito vascular con distribuciones para alta presión (arterias y arteriolas); de intercambio (capilares); y de recolección de baja presión y regreso (venas y venúlas). El movimiento de la circulación es mantenido por el músculo cardíaco (corazón) que funciona a través de un doble bombeo, llevado a cabo por los lados izquierdo y derecho, cada uno de ellos tiene dos cámaras para su funcionamiento (aurícula y ventrículo) (Brownley et al. 2000).

La sangre que es arrojada del ventrículo izquierdo atraviesa el cuerpo, entregando nutrientes y removiendo los desechos de las células en funcionamiento. La sangre desoxigenada regresa a la aurícula derecha a través de la vena cava superior e

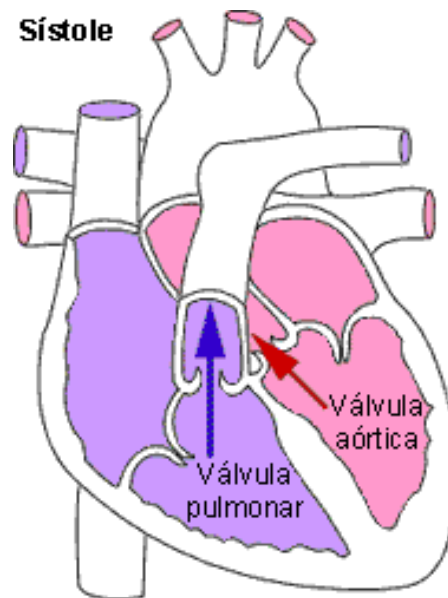
inferior, pasa la válvula tricúspide hacia el ventrículo derecho. La contracción del ventrículo derecho dirige la sangre a través de la arteria pulmonar hacia los pulmones donde la sangre es reoxigenada y devuelta a la aurícula izquierda por la vena pulmonar. La válvula bicúspide o mitral regula el flujo unidireccional de la sangre oxigenada en el ventrículo izquierdo completando el circuito (Brownley et al. 2000). Ver Dibujo 1.

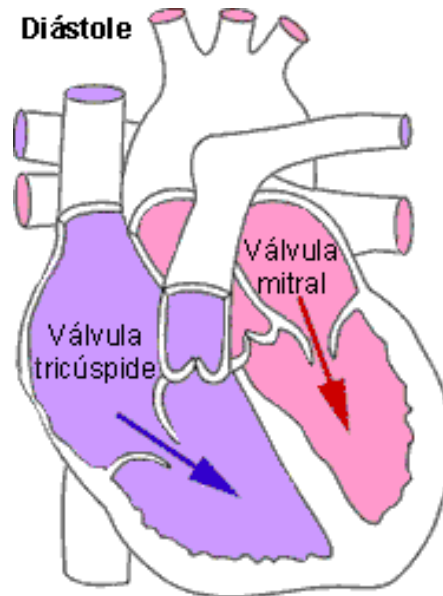
Dibujo 1.



El proceso comienza con la depolarización de la aurícula durante la cual ambos ventrículos están relajados, sigue entonces la depolarización ventricular en la que la aurícula repolariza, hay un periodo de quietud en el que todas las cámaras están repolarizando (en reposo). La contracción de las aurículas conduce la sangre hacia los ventrículos, los ventrículos tienen una contracción más fuerte debido a que conducen la sangre hacia el exterior del corazón, el ventrículo derecho hacia la arteria pulmonar y la contracción del ventrículo izquierdo al resto del cuerpo. La fase de contracción de los ventrículos corresponde a la sístole y la de relajación a la diástole, la secuencia de sístole y diástole ventricular y auricular forma el ciclo cardíaco (Brownley et al. 2000). Ver Dibujo 2.

Dibujo 2.





Estructuras involucradas en la regulación del sistema cardiovascular:

- Hipotálamo y corteza cerebral. Los núcleos del hipotálamo se encargan de la regulación de la vasopresina, involucrada en la regulación del volumen sanguíneo. La corteza cerebral integra la información del ambiente por las entradas sensoriales, perceptuales y emocionales, afectando la presión sanguínea y tasa cardíaca ante el estrés.
- En el sistema límbico se regulan algunos aspectos críticos de la respuesta emocional, como los componentes cardiorespiratorios de las reacciones de huida y vigilancia.
- Las divisiones del sistema nervioso autónomo, sistema nervioso simpático y parasimpático inervan a la mayoría de los órganos, enviando impulsos que incrementan o decrecientan su activación, en éste caso la activación celular efectora depende de los receptores muscarínico-colinérgicos del sistema parasimpático y de los receptores adrenérgicos del sistema simpático (Brownley et al. 2000).

2.2 Hipertensión Arterial

2.2.1 Definición

Es la elevación de la presión arterial de forma persistente por encima de las cifras consideradas como normales (Guadalajara, 2001).

Desde los años 20 se han propuesto, de forma arbitraria, distintos criterios para distinguir la hipertensión de la normotensión, pero en la actualidad, los valores más aceptados para definir la hipertensión son los propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en colaboración con la Sociedad Internacional para la Hipertensión (OMS/ISH, 1993), y los propuestos por el Comité Nacional de Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión de los Estados Unidos de América (JNC, 1993), todos los cuales coinciden en definir la hipertensión como una elevación crónica de la presión arterial que se manifiesta en una presión sistólica mayor o igual a 140 mm Hg. y/o en una presión diastólica mayor o igual a 90 mm Hg. (García y Sanz, 2000).

Sin embargo, el carácter patológico de la hipertensión no proviene de que refleje valores infrecuentemente altos respecto a los valores normativos de una población, dicho carácter patológico cobra una especial importancia por dos motivos fundamentales: por ser, en sí mismo, uno de los factores de riesgo más importantes en las enfermedades cardiovasculares, entendiendo como tal un

factor asociado a la aparición de una enfermedad y sospechoso de ser una de sus causas y segundo, por su alta incidencia entre la población (García y Sanz, 2000).

La hipertensión arterial al caracterizarse por el incremento de los niveles de presión por los que la sangre pasa por los vasos sanguíneos y al estar éstos por encima de los requerimientos metabólicos del organismo facilita la aparición de accidentes cardiovasculares a medio y largo plazo (infartos, hemorragias cerebrales, etc.) Es así cuando supone un riesgo de morbilidad cardiovascular, ya que no se ha identificado un claro umbral o punto de corte a partir del cual aparezca dicho riesgo. De existir ese umbral, no sería igual para todas las personas, puesto que existen diferencias en la distribución de los valores de la presión arterial en función del sexo, la raza y otras variables, y además tales valores presentan un aumento progresivo con la edad.

Otros factores también determinan el riesgo de padecer trastornos cardiovasculares, directamente o en interacción con los valores de presión arterial, y, por tanto, deben ser objetos de evaluación e intervención. Entre ellos se cuentan las características individuales de la persona y su estilo de vida, es decir, hábitos alimenticios y de ejercicio físico, estilos de afrontamiento, consumo de tabaco y café, hipercolesterolemia, diabetes u obesidad. Lo cual quiere decir que una valoración adecuada del riesgo no sólo debe ceñirse al control de los valores de la presión arterial, sino también al de esos otros aspectos, puesto que el objetivo final de los tratamientos debería ser la reducción del riesgo cardiovascular global del paciente. Por otro lado, para complicar aún más la tarea, la presión

arterial varía continuamente, no sólo de forma estacional sino dentro del mismo día, según las diferentes situaciones o estímulos (García y Sanz, 2000).

A pesar de estos problemas, la investigación en el área de la hipertensión ha tratado de buscar un valor de presión arterial que sirviera para tomar una decisión diagnóstica y terapéutica, ya que el trastorno que subyace tras las elevadas presiones arteriales no va acompañado de ninguna sintomatología específica excepto cuando se encuentra en un estado muy cronificado y grave (García y Sanz, 2000).

2.2.2 Clasificación de la Hipertensión Arterial

Se han propuesto diversas clasificaciones del trastorno en función de distintos criterios. Las tres más importantes son las elaboradas en función de los tipos, niveles y etiología de la presión arterial, pero existen otras que pueden ser también útiles como, por ejemplo, las realizadas según el grado de repercusión o lesiones orgánicas (repercusiones en los denominados órganos-diana: corazón, cerebro, riñones y vasos del fondo del ojo) o según su variabilidad en los niveles o estadios (Vargas, 2006).

2.2.2.1 Según los tipos:

a) Hipertensión arterial diastólica: Este tipo de hipertensión arterial usualmente es dependiente de resistencias (renina elevada) o de volumen (renina baja), pero

no por aumento del gasto cardiaco. Este tipo se lleva a cabo en la fase de relajación ventricular.

b) Hipertensión arterial sistólica: Aparece en aquellas condiciones en que se eleva el gasto cardiaco. Se presenta en la fase de contracción de los ventrículos. Sin embargo, la causa más frecuente de la HTA sistólica es la pérdida de la elasticidad de la aorta, que acontece en el sujeto de edad avanzada con aterosclerosis aórtica. También se presenta en sujetos jóvenes con hiperactividad adrenérgica en quienes el aumento del gasto cardiaco es el responsable. Se acepta como HTA a la elevación crónica de una o de las dos presiones arteriales sistólicas o diastólicas (OMS) (Vargas, 2006).

2.2.2.2 Según los niveles:

La Presión arterial también se divide en tres niveles, tomando en cuenta las cifras de presión arterial en mm Hg. y existe un cuarto nivel al momento de presentarse la Hipertensión Arterial con mediciones por encima de lo normal. El nivel de presión arterial sistémica es un importante parámetro para el diagnóstico y el abordaje terapéutico, siempre y cuando se tome en cuenta el contexto del enfermo (Vargas, 2006).

Nivel óptimo. En general se acepta que presiones menores de 120/80 mm Hg, representan las cifras con menor riesgo para el desarrollo de complicaciones

cardiovasculares, de ahí que recibe el término de óptimo. La prevalencia en México informada en el año 2000 de sujetos con cifras de nivel óptimo fue tan sólo de 21 por ciento. Se debe insistir en que el paciente debe ser abordado de manera integral. Así que, es el contexto del paciente el que determinará si las cifras limítrofes representan o no, algún tipo de riesgo.

Nivel Normal. Se cataloga como presión normal-normal cuando la sistólica oscila entre 120/129 mm Hg. y /o la diastólica oscila entre 80 y 84 mm Hg.

Nivel normal-alto. Esta categoría la integran los individuos que tienen valores de presión sistólica entre 130 y 139 mm Hg, y/o diastólica de 85 a 89 mm Hg. Este grupo merece especial importancia, ya que si se asocia a diabetes con proteinuria o daño renal incipiente, el paciente debe ser considerado como equivalente a hipertenso y requiere de tratamiento farmacológico. Cifras mayores a 140 mm Hg. en la sistólica y o mayores a 90 mm Hg. en la diastólica de forma sostenida, establece el diagnóstico de HAS (Vargas, 2006). Ver tabla 1.

Categoría	Presión Sistólica	Presión Diastólica
Nivel Optimo	- 120 mm Hg	-80 mm Hg
Normal	120 a 129 mm Hg	80 a 84 mm Hg
Normal alta	130 a 139 mm Hg	85 a 89 mm Hg
Hipertensión	140 o más mm Hg	90 o más mm Hg

Tabla No. 1 Niveles de presión arterial.

2.2.2.3 Según su etiología:

I. Hipertensión Primaria (esencial):

En este tipo de hipertensión el origen no puede ser determinado orgánicamente, siendo por tanto un trastorno funcional (Vargas, 2006).

a) Causas de la Hipertensión Arterial Esencial

La patogénesis de la HTA esencial es multifactorial.

- **Los factores genéticos.** Existen alteraciones genéticas que inician la secuencia de la hipertensión permanente. Resulta evidente que la herencia desempeña una función importante, aunque solo se ha logrado describir un enlace que abarca regiones dentro del gen del angiotensinógeno o cercanas a éste. Las personas con un progenitor hipertenso, e incluso más cuando los dos tienen presiones arteriales mayores.
- **Los factores ambientales** también son significativos ya que algunos actúan desde etapas muy tempranas. El bajo peso al nacer como consecuencia de la desnutrición fetal aumenta la frecuencia de presión arterial elevada en etapas posteriores de la vida.
- **La ingesta excesiva de la sal.** Se ha incriminado como un factor de la HTA pero es probable que por sí sola no sea capaz de incrementarla a valores normales. Se requiere de la combinación de sal en exceso y predisposición

genética, por otra parte la sensibilidad a la sal se correlaciona de forma inversa con los niveles circulantes de hormonas ováricas, el descenso de la concentración de hormonas sexuales y un significativo incremento de la sensibilidad a la sal son factores importantes en la génesis de la HTA en la menopausia.

- **Hiperactividad del sistema nervioso simpático.** En los hipertensos jóvenes, las catecolaminas circulantes tienden a elevarse, aumenta el tráfico nervioso simpático en los músculos, la frecuencia cardiaca se acelera y la reactividad vascular a la noradrenalina se acentúa. Estos factores elevan la presión arterial de varias maneras (ya sea solas o combinadas con el estímulo de la liberación de renina a través de las catecolaminas) al producir constricción arteriolar y venosa, aumenta el gasto cardiaco o altera la relación normal renal entre presión y volumen.

- **Defecto de la natriuresis.** Las personas normales incrementan la excreción renal de sodio en respuesta a los aumentos de la presión arterial y a una sobrecarga de sodio o del volumen. Los pacientes hipertensos, en particular cuando su presión arterial es normal, muestran una disminución de la capacidad de excreción de una carga de sodio. Este defecto puede manifestarse en un incremento del volumen plasmático e hipertensión. Sin embargo durante la hipertensión crónica la carga de sodio, por lo general, se metaboliza de manera normal.

- **Sodio y calcio intracelulares.** Un incremento en el sodio intracelular puede llevar incrementos en las concentraciones intracelulares de calcio como resultado de un intercambio facilitado. Esto puede explicar el aumento del tono del músculo liso vascular característico de la hipertensión establecida.
- **Factores exacerbantes.** Diversos estados precipitan la hipertensión, especialmente en las personas predispuestas. Entre éstos se encuentran:

La **obesidad**, se relaciona con un incremento del volumen intravascular y un gasto alto. La disminución de peso relaciona la presión arterial de forma modesta.

La **ingesta de sodio**, esta continúa siendo motivo de controversia, pero está claro que algunos pacientes hipertensos, por no decir todos responden a la ingestión abundante de sal con aumentos sustanciales de la presión arterial.

El **consumo excesivo de alcohol**, también aumenta la presión arterial, quizá mediante un incremento de las catecolaminas plasmáticas. Puede ser difícil controlar la hipertensión en los pacientes que consumen más de 40 gramos de etanol (dos bebidas) al día o en los alcohólicos sociales.

El **tabaquismo con cigarrillos** incrementa de manera aguda la presión arterial, de nuevo mediante un aumento de la noradrenalina plasmática. El efecto sinérgico del tabaquismo y de la presión arterial está bien documentado sobre el riesgo cardiovascular.

La **policitemia** ya sea primaria o debido a la disminución del volumen plasmático, incrementa la viscosidad de la sangre y es posible que aumente la presión arterial.

Los **antiinflamatorios no esteroideos** producen un incremento significativo de la presión arterial, el cual, promedia 5 mm Hg., por lo cual siempre que sea posible, deben evitarse en los pacientes con presiones sanguíneas limítrofes o aumentadas.

La **disminución de la ingestión de potasio** se acompaña con presión arterial mayor, se recomienda una ingestión de 90 mmol/día (Tierney et al. 2002).

b) Síntomas de la hipertensión arterial esencial

La hipertensión no complicada casi siempre es asintomática, de ahí que una persona no puede percatarse, por 10 a 20 años del daño cardiovascular progresivo. Solo si hay medición frecuente de la presión arterial y si las personas son conscientes de que la hipertensión es dañina aún cuando sea asintomática.

II. Hipertensión secundaria

Es cuando la elevación de la presión arterial es por una causa conocida, que es debida a un fallo o daño orgánico. En ocasiones la hipertensión secundaria puede aparecer como consecuencia de daños provocados por una hipertensión esencial no tratada.

a) Causas de la hipertensión secundaria

En aproximadamente 5 por ciento de los pacientes con hipertensión es posible encontrar la presencia de causas específicas. En particular, es más probable que presenten HTA secundaria pacientes que desarrollan hipertensión en una edad muy temprana sin antecedentes familiares positivos, aquellos quienes manifiestan la hipertensión por primera vez cuando son mayores de 50 años de edad, o quienes han sido objeto de control previo pero se tornan refractarios al tratamiento, las causas de hipertensión secundaria incluyen las siguientes:

- **Uso de anticonceptivos orales.** Casi todas las mujeres que toman anticonceptivos orales presentan un incremento pequeño de la presión arterial pero, en ocasiones, se observan aumentos considerables. La causa es la expansión del volumen debida al incremento de la actividad del sistema renina-angiotensina-aldosterona. La HTA relacionada con anticonceptivos es más común en las mujeres mayores de 35 años de edad, en quienes han estado utilizándolos más de 5 años y en quienes presentan obesidad. Es menos frecuente en quienes reciben tabletas de estrógenos en dosis bajas.
- **Nefropatía en fase avanzada.** La glomerulonefritis, la glomeruloesclerosis diabética y la pielonefritis crónica son quizás las nefropatías que con mayor frecuencia se acompañan de hipertensión en sus fases avanzadas. En estos casos, la elevación de la HTA se debe a cualquiera de los mecanismos

siguientes: la imposibilidad de excretar agua y sodio por el riñón y la secreción excesiva de renina.

- **Enfermedades renales agudas.** Hay enfermedades que afectan el riñón en forma brusca y pueden ser causa de HTA sea por la imposibilidad que tiene el riñón de excretar agua y sodio, con la expansión de volumen circulante o la embolia renal que puede producir una súbita elevación de renina plásmica.
- **Síndrome de Cushing.** Si no se trata, ocasiona hipertrofia acentuada del ventrículo izquierdo e insuficiencia cardiaca congestiva. La presión arterial se eleva en primer lugar porque algunas veces aumenta la secreción de mineralocorticoides junto con el cortisol. El cortisol excesivo supera el potencial de la enzima renal para convertirlo en cortisona inactiva, lo que activa a los receptores de mineralocorticoides renales para que retengan sodio y expandan el volumen.
- **Coartación aórtica.** La coartación aórtica congénita es una forma potencialmente curable de hipertensión arterial. El estrechamiento congénito de la aorta a nivel de su porción torácica descendente produce elevación de la presión arterial en las porciones proximales a la obstrucción (raíz aórtica, arterias cerebrales y las que irrigan los miembros superiores), mientras que la presión será normal o baja en las porciones distales a la obstrucción (aorta abdominal y arterias que irrigan los miembros inferiores).

- **Hipertensión inducida por el embarazo.** Hasta 10 por ciento de las primigestas previamente normotensas exhibe hipertensión durante el último trimestre del embarazo o inmediatamente después del embarazo. En el síndrome denominado preeclampsia, hipertensión inducida por el embarazo o hipertensión gestacional. Ésta es de origen desconocido pero se sabe que es más frecuente en mujeres primigestas o embarazos subsecuentes con un padre diferente. Otros factores predisponentes son la edad avanzada, la raza negra, las gestaciones múltiples, la presencia de una cardiopatía o neuropatía concomitante y la HTA crónica.

- **Alteraciones hormonales.** Hasta el 50 por ciento de los pacientes con diversas alteraciones hormonales, sufre de hipertensión, por ejemplo acromegalia, hipotiroidismo e hiperparatiroidismo.

- **Hipertensión después de la cirugía cardíaca.** En el periodo postoperatorio hay hipertensión transitoria por varias razones: dolor, excitación física y emocional, hipoxia, hipercapnia y sobre cargas excesivas de volumen.

Tóxicas: Plomo, Talio, Mercurio.

Este tipo de HTA es importante diagnosticarla porque en algunos casos pueden curarse con cirugía o con tratamiento médico específico (Guadalajara, 2001).

b) Síntomas de la hipertensión secundaria

1. Cefalea, palpitaciones, sudoración excesiva (posible feocromositoma).
2. Debilidad, poliuria (considerar hiperaldosperonismo).
3. Claudicación de las extremidades inferiores (en la coartación de la aorta).
4. Ruidos auditivos.
5. Vértigo.
6. Lipotimia.

Muchos síntomas que se atribuyen a presión elevada son psicogénicos, a menudo reflejan hiperventilación, propiciada por angustia consecutiva a diagnóstico de un padecimiento insidioso de toda la vida, que amenaza el bienestar y la supervivencia (Guadalajara, 2001).

2.3 Hipertensión de Bata Blanca

La actual investigación sobre la HTA indica que existe una multiplicidad de fuentes de variación en la presión arterial que pueden provocar una inflación en la lectura de las cifras tensionales y, de este modo poner en entre dicho la representatividad de la misma. De entre ellas destacan por su importancia la que se le atribuye al contexto clínico, en general, y al médico en particular, y que habitualmente se conoce como Hipertensión de bata blanca (HBB).

La HBB hace referencia a una elevación artefactual de la presión arterial provocada por la presencia del personal sanitario y/o del médico durante el

proceso de medida que reduce, notablemente, la validez del diagnóstico de la hipertensión esencial. La HBB pasa entonces a ser un problema fundamentalmente psicológico, ya que no es que los instrumentos de medida fallen o que el evaluador introduzca un sesgo.

Ahora bien, a pesar del nombre que se le ha dado este efecto no parece que sea inducido, exclusivamente por la bata blanca, ya que esta elevación artefactual de la presión arterial se ha observado, incluso cuando el médico no lleva bata. El estatus social atribuido a éste puede provocar dicha elevación. Los datos de prevalencia de la HBB varían sustancialmente (entre el 15 por ciento y el 58 por ciento de la población hipertensa).

En el intento de buscar una explicación de este fenómeno se ha estudiado la personalidad del hipertenso de bata blanca. Se podría esperar que estos pacientes fuesen más ansiosos que los pacientes a los que se les atribuye una hipertensión crónica; sin embargo, en los resultados de estas comparaciones realizadas sobre diversos cuestionarios de ansiedad no se han encontrado diferencias significativas.

También se ha evaluado la posibilidad de que la HBB fuese un indicador de una alta labilidad de la presión arterial en estos pacientes sin embargo, los resultados obtenidos por Pickerin, James, Boddie, Harsfield, Blanck y Larga (1998) contradicen esta posibilidad. Todo ello indica que la HBB constituye una respuesta

emocional específica al contexto clínico en el que se realiza la medida (Amigo et al. 1998).

2.4 Factores de Riesgo en la Hipertensión Arterial

a) Obesidad: Existe la evidencia de que la obesidad mantiene una estrecha relación con la elevación de la presión arterial, y del mismo modo, se ha observado que la reducción de peso se asocia a su vez, con la reducción de la PA en la HTA esencial. En muchos casos, la reducción de peso necesaria para rebajar las cifras tensionales en hipertensos obesos es bastante modesta, ya que perder 4 ó 5 kilos puede ser suficiente para reducir la presión arterial de modo significativo en una gran proporción de hipertensos.

Además, la reducción de peso favorece la acción de los fármacos antihipertensivos y puede reducir otros factores de riesgo cardiovascular como la dislipidemia o la diabetes (Amigo et al. 1998).

Aunque los hipertensos obesos suelen tener menos mortalidad coronaria que los delgados, la HTA es más frecuente en obesos y probablemente aumente su riesgo de cardiopatía isquémica. También parece importante la distribución de la grasa corporal, ya que la presión arterial, así como las concentraciones de glucosa y triglicéridos en la sangre tienden a ser más altos en aquellos individuos con obesidad central o de la parte superior del cuerpo.

b) Apnea del sueño: Uno de los factores que contribuyen a la HTA en obesos es la apnea del sueño. Los ronquidos y apnea del sueño guardan relación evidente con la HTA. A su vez, ésta podría verse inducida por hiperactividad del sistema nervioso simpático en respuesta a la hipoxemia durante la apnea.

c) Inactividad física: Este es otro de los factores que se han relacionado con el incremento de la PA. Además, se ha demostrado que los programas de ejercicio físico isotónico pueden promover reducciones clínicamente significativas de la PA sin acompañarse de cambios en el peso (Amigo et al. 1998).

En diversos estudios se ha comprobado que los programas sistemáticos de ejercicios físicos son esenciales para la salud psicofísica de las personas, debido a que incrementan los movimientos de articulaciones y músculos, fortalecen la musculatura del cuerpo, incrementan la resistencia y reducen la fatiga y ansiedad.

En general, se recomienda que el programa de ejercicios se lleve a cabo de manera gradual, que las tareas y metas sean fáciles de lograr, y que la dificultad y complejidad de la misma vaya en paulatino aumento. Este gradualismo permite a las personas adquirir confianza en sí mismas mediante una serie de experiencias exitosas, a la vez que reducen la ansiedad y el temor.

Los beneficios del ejercicio físico regular pueden resumirse en los siguientes:

- Mantiene la presión sanguínea entre valores normales.
- Disminuye el riesgo de desarrollar afecciones cardíacas.

- Reduce el riesgo de sufrir un accidente cardiovascular.
- Se atenúa la propensión a padecer arteriosclerosis.
- El peso corporal se mantiene dentro de parámetros normales.
- Contribuye a prevenir la osteoporosis.
- Disminuye la ansiedad, contribuye a experimentar un estado de bienestar físico y psicológico y previene o ayuda a superar estados depresivos.
- Ayuda a tolerar y superar las diversas molestias y trastornos propios del envejecimiento.

A pesar de estar suficientemente comprobado que la actividad física es saludable, las personas suelen negarse a su práctica con base en ciertos argumentos tales como “no tengo tiempo”, estoy muy viejo para hacer esfuerzos físicos”, etc., en este sentido las intervenciones deben estar dirigidos a vencer dichas resistencias mediante el aporte de información sobre los beneficios y consecuencias positivas (bienestar corporal y psicológico) de realizar una actividad física de manera regular.

Algunos autores explican la relación positiva entre actividad física y salud psicológica como mecanismo fisiológico o neurofisiológico, en términos de liberación de hormonas y neurotransmisores, que repercuten en el mejoramiento psicológico, o como proceso psicológico, en el que se alcanza una forma de relajación, diversión y evasión de pensamientos, emociones y conductas

desagradables que son reemplazados por sensaciones de autoeficiencia, control y competencia (Sánchez, 1996).

Otros relacionan la práctica sistemática de ejercicio físico con una sensación acentuada de control sobre sí mismo y de las funciones corporales, lo que genera una mejor percepción del estado general de bienestar (Oblitas, 2004).

d) Consumo de alcohol: El alcohol en pequeñas cantidades (menos de dos porciones diarias) protege contra la mortalidad coronaria y la aterosclerosis, pero en cantidades superiores (más de dos porciones diarias) eleva la presión arterial y aumenta la mortalidad global, y cuando a su vez se asocia con la obesidad.

El efecto presor del alcohol abundante se refleja sobre todo en el incremento del gasto y la frecuencia cardíaca, posiblemente como consecuencia de la actividad nerviosa simpática excesiva. El alcohol también penetra en las membranas celulares y permite el ingreso de más calcio tal vez al inhibir el transporte de sodio. Entre los factores causales de tipo psicológico que inducen al consumo de alcohol se pueden mencionar la necesidad de reducir la ansiedad, conflictos en las relaciones personales, baja estima personal, etc. En lo que se refiere a factores sociales, se destaca la posibilidad del consumo de alcohol, la aceptación social, estilo de vida estresante y otros similares (Amigo et al. 1998).

Los programas de intervención cognitivos-conductuales consideran que el entrenamiento en habilidades sociales puede ser de gran utilidad para adquirir un

conjunto de habilidades de auto manejo. La técnica de resolución de problemas, el entrenamiento autoinstruccional, la reestructuración cognitiva, han resultado estrategias terapéuticas eficaces para superar esta conducta nociva (Oblitas, 2004).

e) Tabaquismo: El tabaquismo eleva la presión arterial probablemente a través de la liberación de norepinefrina a partir de las terminaciones nerviosas adrenérgicas inducida por la nicotina. Además reduce de manera repentina y acentuada la elasticidad de la arteria radial, independientemente del incremento de la presión arterial (Amigo et al. 1998).

De acuerdo con Amigo (1998) se ha calculado que una quinta parte de las muertes causadas por enfermedades cardiovasculares son atribuibles al uso del tabaco, pues señalan que la causa de la enfermedad es la acción de la nicotina, que activa el sistema nervioso simpático y provoca un incremento de la frecuencia cardiaca y la presión arterial, lo cual disminuye la temperatura de la piel y constriñe las arteriolas. Cuando un fumador suspende el tabaquismo, algunas veces se eleva la presión en forma mínima, lo que quizá refleja el aumento de peso.

2.5 Complicaciones potenciales de la Hipertensión Arterial

Las complicaciones de la hipertensión se relacionan con los aumentos sustanciales de la presión arterial, y los cambios consecuentes en la vasculatura y

en el corazón o con la aterosclerosis que acompaña a la hipertensión de larga duración y a su vez se acelera por ella. Los excedentes de morbilidad y de mortalidad relacionadas con la hipertensión son progresivos a lo largo de todo el intervalo de presiones arteriales sistólicas y diastólicas. Sin embargo, el daño en los órganos blanco varía notablemente entre las personas con valores similares de hipertensión determinada en el consultorio. Las presiones ambulatorias se interrelacionan más de cerca con el daño en los órganos blanco. Algunas de las complicaciones son las siguientes (Guadalajara, 2001). Ver tabla 2.

Órgano afectado	Relacionadas con arteriosclerosis acelerada	Relacionadas con la hipertensión per se
Corazón	Angina, infarto de miocardio	Insuficiencia cardíaca
Cerebro	Crisis isquémicas, infarto	Hemorragia cerebral
Riñón	Enfermedad vascular renal	Nefrosclerosis arteriolar, insuficiencia renal
Ojos	Accidentes vasculares retinianos	Hemorragias
Arterias	Oclusión arterial	Aneurisma

Tabla No. 2 Complicaciones potenciales de la hipertensión arterial

2.6 Tratamiento de la Hipertensión Arterial

La HAS esencial debe concebirse como una enfermedad multifactorial con tendencia familiar que puede ser favorecida o inhibida en su expresión y evolución por ciertos hábitos de vida.

La HAS es una enfermedad compleja de etiología multifactorial y aún desconocida que involucra alteraciones hormonales, metabólicas, inflamatorias y tróficas que afectan a diversos órganos, en donde el aumento de la presión arterial es tan solo la manifestación más obvia de la enfermedad, pero no el factor más importante que condiciona la morbi-mortalidad de quien la padece.

Esta concepción de la HAS obliga al profesional de la salud a no solo fijarse como meta terapéutica o de intervención en normalizar los valores de la presión arterial, si no modificar los factores de riesgo, preservar la función orgánica y evitar o revertir el daño orgánico en el caso de haberse establecido, ya que dicho daño orgánico es el responsable directo de la morbi-mortalidad asociado a la HAS.

El objetivo principal del tratamiento del paciente con HAS es la recuperación de su esperanza y calidad de vida, mismas que son seriamente afectadas por la enfermedad no controlada.

El primer punto a considerar en el tratamiento del paciente con HAS es determinar su nivel de riesgo y su valor meta de la presión arterial y de las condiciones

clínicas asociadas a la HAS, ya sea a nivel de lípidos, el de glucosa, su peso corporal, etc; y no solo considerar la meta de la presión arterial (Vargas, 2006).

2.6.1 Tratamiento farmacológico

Los medicamentos para el control arterial pueden dividirse en diuréticos, inhibidores adrenérgicos y vasodilatadores.

- ✿ La mayoría de los diuréticos actúan a nivel de las nefronas, maximizando el porcentaje de sodio excretado (espironolactona, triamtereno, hidroclorotiacida, tiabutacida, indapamida y metozalona).
- ✿ Los inhibidores adrenérgicos inhiben el sistema nervioso simpático periféricamente, algunos dificultan la liberación normal de noradrenalina y otros actúan estimulando o bloqueando receptores, (atenolol, metoprolol, propranolol, reserpina, guanadrel, guanetidina).
- ✿ Los vasodilatadores actúan directamente sobre las células del músculo liso vascular (vasodilatadores directos: hidrazalina, minoxidil); inhibiendo los mecanismos vasoconstrictores hormonales como los inhibidores de la ECA (enzima convertidora de angiotensina) como: captopril, enalapril, lisinopril, ramipril, o bloqueando el ingreso de calcio para evitar vasoconstricción, como lo son el nifedipino, felodipino, diltiazem, isradipina, verapamil, amlodipino y diltiazem (Vargas, 2006).

2.6.1.1 Efectos del tratamiento farmacológico

Síntomas fisiológicos:

El tratamiento farmacológico intensivo de la HTA por si mismo, puede generar:

- Hipertrofia de vasos
- Hipokalemia
- Hiperlipidemia
- Intolerancia a la glucosa
- Hiperkalemia
- Resistencia a la insulina.

Algunos síntomas colaterales por hipotensores:

Nauseas, flatulencia, impotencia, congestión nasal, cefalea, hipotensión postural y al ejercicio, sequedad bucal, diarrea, tos, contracción de los bronquios, hirsutismo, crecimiento de las encías, retención de líquidos, insomnio, debilidad (Brownley et al. 2000).

Gifford y Tarazi (1978) observaron que la medicación hipotensora no siempre previene los incrementos de la PA en situaciones de estrés, durante los cuales los accidentes cardiovasculares tienen más probabilidades de ocurrir (citado en Bronwley et al. 200).

Es así como, debido a las dificultades que presentan los fármacos antihipertensivos ha dado pie a la búsqueda de tratamientos psicológicos que, sin afectar a la calidad de vida del paciente y permitiendo a éste recuperar un cierto

sentido de control sobre su enfermedad, sirvan para aliviar el problema (Oblitas, 2004)

2.6.2 Tratamiento no farmacológico

El tratamiento no farmacológico debe prescribirse siempre a todos los pacientes hipertensos independientemente de su nivel de riesgo ya sea como medida de intervención única o asociada al tratamiento farmacológico.

Todos los pacientes deberán modificar sus desviaciones al estilo de vida sana, debiendo acompañarse o no de terapia farmacológica, de acuerdo a su meta de presión arterial y a nivel de riesgo individual. La intervención realizada para corregir las desviaciones al estilo de vida sana se denomina tratamiento no farmacológico de la HAS.

El tratamiento de la HAS debe ser la piedra angular, los procesos educativos que permiten al paciente en particular, a su familia, y a la sociedad en general, adoptar estilos de vida sana, ya que los beneficios de llevarla son evidentes y es el único recurso realmente útil para poder modificar la prevalencia de la HAS, de las enfermedades cardiovasculares y de sus complicaciones, con el mejor cociente costo/beneficio. Adoptando un estilo de vida sana se pueden obtener iguales o mejores beneficios que con monoterapia en pacientes hipertensos de bajo riesgo (Vargas, 2006).

2.6.3 Tratamiento Psicológico

A lo largo de los años setenta y principalmente durante la década de los ochenta, se realizaron un amplio número de investigaciones que tuvieron como objeto verificar si los procedimientos de manejo de estrés encaminados a enseñar a relajarse a los pacientes hipertensos, provocaban un descenso mantenido de la PA.

Estos programas se han fundamentado, en general, en la práctica de la relajación. En algunos estudios, el entrenamiento en relajación muscular se ha combinado con técnicas de biofeedback o con técnicas cognitivas. Aunque en las investigaciones realizadas se han utilizado programas de intervención con diferentes matices, los aspectos más comunes de los programas más efectivos han coincidido en: el entrenamiento en relajación muscular, la práctica diaria de dichas técnicas e identificación de las situaciones estresantes en la vida diaria y, finalmente, el uso de las habilidades para hacer frente a dichas situaciones.

Además de ello, los programas para modificar los factores de riesgo que forman parte del estilo de vida asociado a la hipertensión, así como la mejora de adhesión al tratamiento farmacológico (que es uno de los problemas más difíciles con los que se encuentra el médico en el trabajo cotidiano con la hipertensión), son algunas de las posibles contribuciones de la psicología de la salud al problema (Amigo et al. 1998).

2.7 La adherencia al Tratamiento en la Hipertensión Arterial

Este aspecto es uno de los más importantes en el manejo de la enfermedad crónica y uno de los más difíciles de lograr para el paciente, ya que requiere de la modificación de estilos de vida que hasta el momento habían sido útiles a la persona para adaptarse a su medio.

La adherencia terapéutica es definida según Haynes (1979), como aquella conducta del paciente que coincide con las indicaciones del equipo de salud (Citado en Brownley et al. 2000).

Ésta conlleva ciertos comportamientos relacionados con los siguientes aspectos:

Toma correcta de medicamentos, seguimiento de dieta, acudir a sus citas (consulta), actividad física, modificaciones al estilo de vida (Brownley et al. 2000).

Existen cifras que muestran la falta de adherencia en pacientes hipertensos. Safren (1999).

20% en tratamientos cortos (cuadros agudos).

50% en tratamientos prolongados (crónicos).

70% en tratamientos prolongados de padecimientos sintomáticos.

1. Se calcula que la no adherencia en el caso de la hipertensión es del 75 por ciento.

2. De acuerdo con la OMS, sólo la mitad de los hipertensos están diagnosticados. De los cuales la mitad están bajo tratamiento, y de éstos, sólo la mitad están adecuadamente controlados. Es decir, únicamente el 12.5 por ciento de los casos de hipertensión están tratados eficaz y adecuadamente (Safren, 1999).

En este aspecto el comportamiento del paciente es un componente clave en su bienestar, tanto por aspectos cognoscitivos como instrumentales y emocionales. Si bien se ha mostrado que estos aspectos afectan los valores de presión sanguínea, pensamientos, acciones y emociones prácticamente no se consideran al momento de establecer el diagnóstico, en el caso de la forma esencial de hipertensión se desconoce el origen de los aumentos de presión, a esta forma se agregan los casos en los que las medidas tomadas en consultorio no corresponden a las que el paciente tendría en otros escenarios.

Las implicaciones de este problema añaden dos aspectos más a la deficiente adherencia terapéutica y deteriorada calidad de vida de los pacientes hipertensos: el primero sobre-diagnóstico y aumento en preocupación por la salud, y segundo, los efectos nocivos de tratamientos innecesarios.

Es por eso que para que el consejo médico tenga repercusiones beneficiosas sobre la salud para el paciente, se deben tener en cuenta dos aspectos. En primer lugar, debe ser acertado. En segundo, debe ser llevado a la práctica por el individuo (Brannon y Feist, 1992, citado en Acosta, 2003).

A pesar de los considerables esfuerzos desarrollados por los profesionales de la salud durante los últimos cincuenta años para intentar solucionar la problemática de la ausencia de adherencia al los regímenes terapéuticos, ésta es aún una asignatura pendiente en el campo de la psicología de la salud.

Uno de los problemas más importantes con los que se puede encontrar un clínico en sus intervenciones es el de que el paciente no sigue sus prescripciones, a pesar de disponer de procedimientos eficaces para tratar e incluso prevenir los problemas, bien por olvido, por no comprender los mensajes o por falta de acuerdo en su cumplimiento. Todavía es más preocupante el determinado número de persona que no se adhiere a los regímenes profilácticos prescritos (por ejemplo, embarazadas que no toman los suplementos vitamínicos), lo que propicia casos como el de la hipertensión, en el que en el incumplimiento de las prescripciones médicas es más la norma que la excepción.

En las enfermedades crónicas como en el caso de la hipertensión la no adherencia es un fenómeno mundial de graves consecuencias; pérdida del control de la enfermedad, altos costos en el sistema de salud, altos costos familiares, pérdida de calidad de vida, etc. y tiende a empeorar a medida que el paciente lleva más tiempo con la terapia (Silva et al. 2005).

Es así que el apego o adherencia al tratamiento médico de una enfermedad crónica es también un objetivo importante desde la perspectiva de la psicología de la salud. Afortunadamente, existen intervenciones psicológicas altamente eficaces

para mejorar la adhesión, incluso a regímenes terapéuticos altamente complejos y dependientes del paciente.

Entre las estrategias conductuales exitosas para incrementar la adherencia al tratamiento se destacan: a) instrucciones específicas en donde se defina de forma clara qué es lo que se debe hacer, b) entrenamiento en habilidades para desarrollar conductas relacionadas con el tratamiento, c) señalamiento de conductas específicas (claves) con un estímulo sobresaliente, d) adecuar el régimen a las necesidades del paciente, e) aproximaciones sucesivas, f) automonitoreo de conductas relevantes para el tratamiento y g) claves y refuerzo de conductas nuevas deseables (Shelton y Levy, 1981; Stunkard, 1979; Lowe y Lutsker, 1979, citado en Oblitas, 2004).

Así como también existen medidas de adherencia que se pueden llevar a cabo como lo son: Autoregistros, Contadores de píldoras, Bitácoras o diarios de medicamentos y Monitoreo electrónico.

Entre las consideraciones en el Desarrollo de Intervenciones para Adherencia Médica se debe tomar en cuenta: La comodidad en la administración, el costo y la aplicabilidad a poblaciones heterogéneas.

Diversos factores contribuyen a que un tratamiento preventivo sea menos seguido que uno dirigido a retirar síntomas, entre ellos que: a) no se observan efectos inmediatos de la medicación, b) faltan síntomas que indiquen o recuerden la

existencia del problema, c) las consecuencias negativas de no seguir las medidas preventivas suelen aparecer a largo plazo (Brownley et al. 2000).

En cuanto a las variables o factores que intervienen en la adherencia terapéutica se encuentran los siguientes:

a) Variables propias de la interacción con el profesional sanitario, donde se hallan la *satisfacción del paciente* en el proceso de interacción con los profesionales de salud y las *características de la comunicación* que éste establece con su médico. La satisfacción del paciente consiste en un conjunto de evaluaciones de las diferentes dimensiones del cuidado del profesional sanitario, en la cual se distinguen la satisfacción específica y la global, la primera determinada por la percepción de las características específicas del profesional de salud y la segunda como una apreciación más general que establece el paciente. Parece ser que los pacientes más insatisfechos tienen mayores probabilidades de no llevar a cabo las instrucciones de tratamiento.

La comunicación permite al paciente comprender la información que se está dando sobre la prescripción o recomendación, lo cual supone un primer paso para que pueda aceptarla y recordarla.

La comunicación, el reconocimiento de la individualidad del paciente, la calificación profesional percibida y las características del lugar en que se produce

la atención. Además, la satisfacción se relaciona básicamente con el nivel de expectativas del paciente respecto del servicio que aspira recibir.

El médico y el resto del equipo de salud deben ser el mediador de ésta adherencia, sin tomar una actitud paternalista y dándole a su paciente la dignidad y responsabilidad sobre su salud y el manejo de su enfermedad informándole de manera clara y sencilla lo que requiere para un control exitoso, además de hacer las recomendaciones pertinentes y realistas pero sin un carácter fatalista o atemorizador que hacen ver la enfermedad como una amenaza constante lo cual aumenta el estrés y el sufrimiento del paciente y su familia.

b) Características del régimen terapéutico, entre las cuales se distingue, en primer lugar, la *complejidad del tratamiento*, que se refiere al grado de cambio comportamental requerido cuando implica cambio en los hábitos o exige pautas nuevas y que produce una tasa de cumplimiento baja.

El número de medicamentos consumibles, la frecuencia del consumo, la combinación de distintos tipos de intervención y especialmente la duración del tratamiento, son todas ellas variables relacionadas con la complejidad, las prescripciones que requieren un plazo largo no son seguidas por el 50 por ciento de los enfermos al momento de comenzarlas, y tal incumplimiento va incrementándose a medida que pasa el tiempo.

También la *relación costo-beneficio del régimen de tratamiento* puede resultar relevante, ya que los costos pueden ser diversos (económicos, sociales, laborales, familiares, emocionales, etc.), mientras que los beneficios se dirigen a la convicción de que las enfermedades se han curado.

La *presencia de efectos secundarios* se refiere a que los regímenes terapéuticos que provocan efectos secundarios afectan las tasas de adherencia porque pueden llegar a ser más perturbadores que los síntomas de la enfermedad; los posibles efectos colaterales de los medicamentos pueden actuar como estímulos aversivos y producir así un descenso en la adherencia.

c) La naturaleza de la enfermedad. Se ha reportado que las enfermedades agudas con síntomas de dolor o incomodidad producen mayor tasa de cumplimiento, pero ésta es menor en las enfermedades crónicas, y sobre todo en las asintomáticas, cuando los síntomas constantes facilitan la adaptación o cuando los propios síntomas dificultan el cumplimiento de las prescripciones. Parece resultar más difícil seguir recomendaciones profilácticas que terapéuticas cuando los síntomas están produciendo malestar.

d) Factores convencionalmente llamados psicosociales, y se relaciona en primer lugar con las *creencias del paciente* asociadas a la percepción de severidad de la enfermedad y la estimación del riesgo de enfermar, o

vulnerabilidad percibida; en segundo término, con la creencia de la persona de que puede ejecutar la respuesta necesaria (autoeficacia percibida) y por último, con la creencia de que la respuesta será más eficaz que los costos ocasionados por la conducta (utilidad percibida).

Se supone que la autoeficacia percibida para cumplir los regímenes médicos podría ser una variable determinante del grado de su cumplimiento. Por ejemplo, quienes aplicaron tres procedimientos psicológicos a sesenta pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) para involucrarlos en un programa de ejercicios físicos, comprobaron que la autoeficacia incrementada por una técnica cognitiva predijo significativamente el grado de cumplimiento durante el seguimiento.

e) El apoyo social y familiar también puede contribuir a incrementar la ejecución de las prescripciones al animar al paciente a mantener el régimen médico; de igual manera, el refuerzo de la familia y otras personas significativas puede facilitarlos. Cuando las recomendaciones incluyan cambios en los estilos de vida y el apoyo de otros, puede ser especialmente necesario ese refuerzo de los allegados para iniciar y mantener los cambios.

Reconocer tal diversidad de factores presupone tenerlos en cuenta al explicar por qué las personas siguen o no una conducta de cumplimiento. Sin embargo, su

incidencia no ocurre de manera lineal; entre ellos se deben producir complejas interacciones e integraciones que hacen muy difícil la interpretación de los resultados de una investigación. Dichas interacciones e integraciones deben ser así mismo objeto de investigación.

Hay investigaciones que relacionan el locus de control con la adherencia o no al tratamiento de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, defendiéndolo como un constructo que refleja las expectativas relativas a las influencias específicas que determinan la salud personal, de tal forma que existen personas con un locus predominantemente externo que creen que su salud está determinada por cosas como la suerte, el azar, el destino, la familia, los médicos; etc., y las personas con un locus interno que creen que ellas pueden influir y modificar su estado de salud y sus consecuencias (Amigo et al. 1998).

2.7.1 Actitud, creencias y salud en la adherencia terapéutica

Según la psicología las creencias, actitudes y otras variables son motivadores importantes del comportamiento una vez que se les ha adquirido. Con el paso del tiempo las personas presentan comportamientos diferentes, pero algunas de esas creencias y actitudes permanecen iguales durante años y proporcionan coherencia y predictibilidad a muchas de esas conductas.

Estos términos se han utilizado de modo profuso, tan libremente y con la cualidad de real, que algunas veces se pasa por alto que son entidades abstractas, muy difíciles de apresar y que no pueden observarse directamente, aunque sí inferirse (Oblitas, 2004).

Green et al. s. a., Definieron una creencia como: “una convicción de que el fenómeno u objeto es real o verdadero: la fe, confianza y verdad son palabras que se usan para expresar o significar creencia. Aquellas orientadas a la salud incluyen declaraciones como: “yo no creo que los medicamentos funcionen”, “el ejercicio no hará diferencia alguna”, “cuando te llega tu hora, te llegó y no hay nada que hacer al respecto”. Las creencias tienen tres características que las definen como tales: 1) otras personas pueden clasificarlas de falsas o verdaderas, 2) tienen un elemento cognoscitivo es decir, la gente sabe o cree saber al respecto y 3) tienen un componente afectivo que hace referencia al valor o grado de importancia que posee una determinada creencia para un individuo en una situación dada (Citado en Oblitas, 2004).

Así mismo, una de las definiciones que se propusieron para definir una actitud sostiene que ésta “es una organización de creencias relativamente perdurable sobre un objeto o situación que nos predispone a responder a de alguna manera preferencial”.

Ahora bien, todavía se puede apreciar que muchas personas mantienen una actitud pasiva ante la salud y la enfermedad. Como consecuencia de ello,

presentan sobrepeso, fuman, abusan del alcohol, no hacen ejercicio con regularidad y evitan los chequeos, acuden única y exclusivamente al médico cuando se sienten enfermos y depositan todas sus esperanzas de curación en manos de la medicina moderna, que les curará en cuestión de horas.

Si bien los profesionales de salud deben poner más interés para facilitar el cambio a comportamientos de salud concretos a largo plazo, no deben olvidar las creencias y actitudes que explican las conductas de salud, así como otro tipo de variables internas que radican en la persona y que también han sido adquiridas mediante el aprendizaje, cuyo cambio con frecuencia se debe anteponer los comportamientos meramente observables, para que finalmente éstos se produzcan (Oblitas, 2004).

2.7.2 Adherencia y Calidad de vida

Las enfermedades crónicas son padecimientos que generalmente afectan la calidad de vida de los sujetos. Las consecuencias y los tratamientos de ellas requieren de un cambio sustancial del estilo de vida de los pacientes que comprometen todas las habilidades afectivas, conductuales, sociales y de pensamiento que puede o no tener una persona para afrontar situaciones adversas en su vida (Oblitas, 2004).

El término calidad de vida ha sido definido como un concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida (carácter multidimensional) y hace referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos.

Es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. Es un concepto subjetivo, propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno en el que vive como la sociedad, la cultura, las escalas de valores.

Según la OMS, la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno". La calidad de vida tiene su máxima expresión en su relación con la salud.

Las tres dimensiones que global e integralmente comprenden la calidad de vida son:

- **Dimensión física:** Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.

- **Dimensión psicológica:** Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.
- **Dimensión social:** Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral (Gómez et al. s. a.).

Por lo tanto, en términos generales, los factores que constituyen la calidad de vida relacionada con la salud son los siguientes:

- 1.- Síntomas y quejas subjetivas.
- 2.- Diagnósticos
- 3.- Funcionamiento fisiológico.
- 4.- Funcionamiento psicológico y cognitivo.
- 5.- Funcionamiento físico.
- 6.- Percepciones generales de salud y funcionamiento social.

2.8 Estudio psicológico de la Hipertensión Arterial

La inquietud por el estudio psicológico de algunas de las enfermedades crónicas más frecuentes en los seres humanos no es muy vieja, estudios serios que relacionan aspectos psicológicos en el origen y curso de enfermedades crónicas, por ejemplo, datan de hace tres o cuatro décadas, aunque ya desde 1818, se

utiliza por primera vez el término “psicosomático” para referirse a la interacción de aspectos psicológicos y fisiológicos, no obstante hay quien prefiere referirse a los trastornos psicosomáticos como trastornos “psicofisiológicos” (Colunga, s. a.).

En un principio se pensó que eran variables subjetivas como la personalidad, contemplada desde un punto de vista psicoanalítico y la formación de un conflicto psicológico interno al sujeto, lo que influía en que un sujeto se enfermara físicamente y precisamente los estudios se dirigían a investigar los rasgos de personalidad de los sujetos enfermos; hoy en día se estudia de manera más objetiva a la personalidad traducida en patrones de conducta de riesgo para enfermar (Colunga, s. a.).

La investigación psicosomática ponía el énfasis en el papel de la predisposición psicológica en los procesos etiológicos. Sin embargo, son muchos los autores que, como Buss (1966), señalan que los factores psicológicos pueden ser causa necesaria pero no suficiente para la aparición de determinados trastornos (Citado en Miguel, Cano, Casado y Escalona, 1994).

Ress (1964) señaló que la multicausalidad es normalmente la verdadera etiología, con sus combinaciones entre diversos factores. Esta multicausalidad, centrada en considerar simultáneamente los factores genéticos, ambientales, psicofisiológicos y principalmente el peso de la interacción como elemento de predisposición del individuo a padecer una determinada enfermedad, es el gran mérito de la investigación psicológica actual en este campo (Citado en Miguel et al. 1994).

El estudio psicológico de las enfermedades, se ha hecho generalmente por medio de estudios epidemiológicos que demuestran que dentro de la historia natural de la enfermedad, elementos de índole psicológica son esenciales, tal es el caso de la presencia de estresores ambientales, elementos básicos de la personalidad del sujeto y el aprendizaje social que lo llevan a comportarse de determinada manera ante una situación socialmente demandante, entre otros (Colunga, s. a.).

2.8.1 Variables de tipo psicológico en la Hipertensión Arterial

Diversas investigaciones han tratado de encontrar el perfil psicológico del paciente hipertenso; sin embargo, respecto a este tema habría que comenzar señalando que el papel que se pueda atribuir a las variables psicológicas en el desarrollo y/o mantenimiento de la HTA es confuso, en la medida en que los resultados de las investigaciones no permiten dilucidar si dichas variables son causa o consecuencia de la enfermedad. La razón de ello se encuentra en que los sujetos incluidos en la mayoría de las investigaciones son pacientes hipertensos ya diagnosticados y sometidos, en muchos casos a un tratamiento farmacológico antihipertensivo.

Estos dos elementos, el diagnóstico y el tratamiento farmacológico, no son inocuos en la medida que pueden tener repercusiones sobre el estado psicológico de los pacientes (Amigo et al. 1998).

2.8.2 Reacciones emocionales ante el diagnóstico de la enfermedad

Las personas que adquieren una condición o enfermedad crónica presentan un buen número de cambios significativos y profundos cuando afrontan la incidencia, permanencia y los efectos de la afección.

Según diversos estudiosos del tema, las personas que se enteran de que padecen una enfermedad crónica experimentan reacciones emocionales similares a las de aquellas se enfrentan inicialmente en una situación de pérdida.

Así el tratamiento de las quejas emocionales de una persona con enfermedad crónica afecta el bienestar psicológico y la calidad de vida del paciente, pero además el autocuidado y apego al la terapia así como su evolución y consecuencias, su curso y su pronóstico.

Es por eso que actualmente se ha señalado la importancia que tienen los factores de tipo psicológico en la salud física, tal es el caso del estrés psicosocial, derivado de las demandas ambientales, formas de afrontamiento al estrés, y otros tipos de respuestas emocionales y conductuales, algunas de ellas relacionadas con rasgos de personalidad y más que nada con comportamientos, derivados de una personalidad básica, que para el caso de la hipertensión se ha estudiado como personalidad tipo A (Colunga, s. a.).

Algunos de estos factores constituyen hábitos de conducta relacionados con la salud e influidos por procesos psicológicos sobre todo de carácter cognitivo y afectivo que al mismo tiempo, pueden ser estrategias de confrontación al estrés.

Si se habla de un acercamiento psicológico al estudio de las enfermedades físicas, debemos tomar en cuenta al menos tres elementos relacionados entre sí que son:

Cognoscitivos: basados en el aprendizaje social y dados por el medio cultural como son creencias de salud y enfermedad, conocimientos referentes a la enfermedad, percepción y uso del cuerpo, actitud ante la vida y sentido de autoeficacia personal, que tiene también un componente cognitivo que es el autoconcepto y las estrategias para hacerle frente a las demandas sociales llamado afrontamiento.

Afectivos: emociones o estados anímicos basados en la percepción de la realidad de cada sujeto y que en el caso de la hipertensión arterial, se relacionan con ansiedad o estrés, sobre todo el estrés psicológico crónico aún leve que puede aumentar la tensión arterial y afectar negativamente la capacidad de autorregulación del sistema cardiovascular.

Conductuales: este es el elemento que podemos llamar más objetivo y que es influido por cogniciones, emociones y el medio social y cultural que llevan a comportamientos de cuidados de salud o de riesgo, como fumar, beber alcohol,

consumir alimentos poco saludables, llevar una vida sedentaria; etc.(Colunga, s.a.).

2.8.3 Variables Psicosociales en la Hipertensión Arterial

La importancia del estudio de las variables psico-sociales dentro de la hipertensión arterial puede estudiarse al menos desde tres perspectivas diferentes: a) como factores importantes en el origen de las enfermedades tales como la hipertensión arterial, diabetes mellitus o el cáncer, entre otras.; b) como elementos que influyen en el manejo y control de la enfermedad y c) como factores que afectan la calidad de vida de los sujetos enfermos y de su medio social (Colunga, s. a.).

Cabe señalar que los aspectos psicosociales a considerar, son aquellos que se relacionan más directamente con la enfermedad, ya que se ven involucrados en la etiología del padecimiento, porque influyen en el curso y pronóstico de la enfermedad y porque limitan la adherencia al tratamiento, entre los más importantes se puede mencionar la identificación del patrón conductual tipo A, el manejo del estrés psicosocial, el factor ira-hostilidad-agresión, ansiedad, el desarrollo de habilidades sociales y las estrategias de afrontamiento positivas, las cuales se describen a continuación:

a) Hipertensión Arterial y Conducta tipo A

Dentro de la Medicina Conductual, de la Medicina Psicosomática y de la Psicología de la Salud se ha investigado este factor de carácter psicológico y social que influyen de manera indirecta en el origen de la hipertensión arterial.

Friedman y Ronsenman en 1959, se refirieron a la conducta tipo A, como a personas que guardan rasgos de personalidad para afrontar la realidad caracterizados por una alta competitividad, perfeccionismo, ambición, urgencia temporal, una tendencia a sobrecargarse de actividades y desempeñar puestos de responsabilidad, son impacientes y viven sentimientos de frustración reflejada con agresividad y hostilidad, ven la vida como un reto y el entorno es amenazante para su autoestima, por lo que requieren autoafirmarse venciendo metas constantemente, esto los lleva a altos niveles de estrés y ansiedad que los mantiene en una constante excitación, lo que lo lleva a una elevación de la tensión arterial continua; también se le llamó a este tipo de personas “propensos coronarios” (Citado en Colunga, s. a.).

La personalidad tipo A, que fue definida por los cardiólogos Friedman y Rosenman (1964) como un complejo particular de acción-emoción que puede observarse en algunas personas comprometidas en la lucha relativamente crónica para lograr un número de metas, usualmente ilimitadas, de su medio ambiente, en el menor tiempo posible, y si es necesario, contra los esfuerzos de otras personas o cosas de su mismo entorno. Este patrón se concibe actualmente como un constructo

multidimensional, constituido por factores de diversa naturaleza (Citado en Colunga, s. a.):

- a) Componentes formales: voz alta, habla rápido, excesiva actividad psicomotora.
- b) Conductas manifiestas: urgencias de tiempo, velocidad, hiperactividad e implicación en el trabajo; aspectos motivacionales (motivación de logro, competitividad, orientación hacia el éxito y ambición), actitudes y emociones (hostilidad, impaciencia, ira y agresividad).
- c) Aspectos cognitivos: necesidad de control ambiental y estilo atribucional característico.

Las consecuencias de tener un patrón de conducta tipo A, que son tanto positiva (lo que hace que esa forma de comportamiento se mantenga) como negativas, se manifiestan sobre factores sociales, materiales, cognitivos y fisiológicos.

Se ha comprobado que los hombres de entre 45 y 64 años y con un patrón de conducta de esta clase, tienen el doble de riesgo de padecer cuadros de angina de pecho, infarto de miocardio y de enfermedad coronaria en general, que los que poseen un patrón de conducta tipo B, cuyas características son diametralmente opuestas (Colunga, s. a.).

En el caso de la mujeres la del tipo A tienen el doble de riesgo de padecer enfermedad coronaria y el triple en el caso se la angina del pecho comparadas

con las de tipo B (Haynes, Feinleb y Kannel, 1980; citado en Colunga, s. a.), en todos los caso el patrón tipo A aparece como un factor de riesgo independiente.

De acuerdo a Reynoso et al. (2002), el sujeto tipo A comparado contra otros, presenta una tasa cardiaca más elevada, mayor presión arterial sistólica y diastólica, mayor secreción de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina), además de presentar mayor vasoconstricción periférica y cambios electrocardiográficos durante la entrevista clínica o tareas de tiempo de reacción, solución de problemas, exposición a ruidos o factores aversivos no controlados y en pruebas de desempeño psicomotor, los sujetos tipo A presentan hiperrespuesta que puede estar causada por una mayor percepción de los estresores como retos (Citado en Colunga, s. a.).

Reynoso et al. (2000) también han trabajado en México con la identificación del patrón conductual tipo A, considerado por la American Heart Association como un factor de riesgo para la enfermedad coronaria tan importante como el colesterol excesivo o la hipertensión arterial; además de trabajar en la modificación de este patrón en enfermos que ya han sufrido un infarto de miocardio, por medio de terapia cognitivo-conductual y en el manejo de la presión arterial específicamente con técnicas de bio-retroalimentación o biofeedback (Citado en Colunga, s. a.).

b) Manejo del estrés psicosocial

El carácter crónico de determinadas enfermedades constituye en sí mismo un elemento susceptible de ser analizado de forma independientemente. Esto supone que a los efectos negativos que sobre la salud y el bienestar en general tiene cualquier enfermedad, se añade a esta característica de permanencia, lo cual constituye de entrada un factor estresante. Si unido a esta circunstancia examinamos otros factores como procesos dolorosos, deterioro, tratamientos difíciles, etc., la situación se complica aún más. El carácter estresante de la enfermedad surge como consecuencia de las múltiples demandas de ajuste que este plantea, y depende de factores como sudoración, su intensidad y gravedad, así como de la interpretación y valoración que la persona hace de su situación. (Oblitas, 2004).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1986) ha reconocido el importante papel que puede desempeñar el estrés en esta alteración cardiovascular; sin embargo, también ha subrayado la dificultad de cuantificar esa influencia en el desarrollo de esta enfermedad. En cualquier caso, existen múltiples datos que ponen de relieve la relación entre situaciones que podemos calificar como estresantes y la elevación de la presión arterial (Amigo et al. 1998).

El estrés puede modificar ampliamente las cifras de la presión arterial, y, en este sentido, parece cuando menos coadyuvar al desarrollo y/o mantenimiento de la enfermedad hipertensiva, tal y como recogen, en cierta medida, los modelos

psicofisiológicos que se han propuesto para explicar su etiopatogenia (Amigo et al. 1998).

Los modelos psicofisiológicos que pretenden dar cuenta del desarrollo de la hipertensión también incluyen, generalmente, el estrés como uno de los factores desencadenantes de la enfermedad. No obstante, se ha de señalar que, hasta la fecha, son muchos los modelos que han sido propuestos para explicar la patogénesis de la hipertensión, sin que, a pesar de los avances realizados, se haya logrado un amplio consenso entre investigadores (Amigo et al. 1998).

Sin duda el control y el manejo del estrés, aunado a la alimentación saludable y al ejercicio físico, pueden ayudar a disminuir la tensión arterial en el paciente hipertenso. De acuerdo a Mercola (1997), el control del estrés puede disminuir el riesgo de enfermedad coronaria hasta un 70 por ciento. El psicólogo de la Salud debe atender el estado psico-afectivo de su paciente, sin minimizar las preocupaciones que exprese, el grado de estrés debe considerarse en un buen control y manejo de la hipertensión (Citado en Colunga, s.a.).

Entre las herramientas no farmacológicas, para disminuir estados tensionales se pueden considerar técnicas de relajación, bio-retroalimentación y terapia cognitivo-conductual, que puede ser grupal; cabe mencionar que la prescripción de psicofármacos en este tipo de pacientes queda bajo responsabilidad del médico o psiquiatra y que sólo se utilizará en casos extremos y como terapia de apoyo aunado a un plan de manejo psicoterapéutico y de apoyo social, este último puede

ser no sólo de carácter familiar, sino por medio de grupos de autoayuda (Colunga, s. a.).

c) El factor Ira-Hostilidad-Agresión en la Hipertensión Arterial

Tal parece que uno de los componentes más importantes y afines en diversos estudios que tratan de relacionar factores psicológicos en el origen de la hipertensión arterial, es el factor Ira-Hostilidad-Agresión.

Configuran un síndrome llamado AHÍ, en el cual la ira es una emoción primaria que se presenta cuando una persona es bloqueada en la consecución de una meta o en la satisfacción de una necesidad.

Por su parte la hostilidad es una actitud cognitiva relativamente estable en el tiempo, que se desarrolla como consecuencia de haberse sometido a diversas situaciones de ira, y que a su vez, facilita la aparición de futuras respuestas iracundas.

Por último la agresividad es la forma de afrontamiento o preparación para la acción de la ira y la hostilidad, pero que al estar socialmente penalizada obliga a desarrollar formas de afrontamiento alternativo, que habitualmente no requieren de la importante activación fisiológica que la ira y la hostilidad desencadenan, tornándose esta activación en contra de la salud.

Ira u hostilidad no son factores de riesgo independientes de los demás, sino que, cuando se presentan interactúan con alguno de ellos. Así, las personas con una actitud hostil con frecuencia manifiestan episodios de ira, como consecuencia de lo cual mantienen estados de hipervigilancia y de hiperdemanda cardiovascular y neuroendocrina. Esto es especialmente crítico para las personas hipertensas, pues la unión de ambos factores multiplica el riesgo de padecer una cardiopatía isquémica.

Además, la hostilidad potencia la realización de determinadas conductas de riesgo, por ejemplo, fumar más beber más alcohol, comer más e incluso ingerir dosis mayores de cafeína. También estimula otras conductas como la de no realizar ejercicio físico, retrasar la búsqueda de ayuda en caso de enfermedad, baja observancia en el seguimiento de los tratamientos y, por último el propio clima que genera una actitud hostil, ya que es una emoción contagiosa, hace que la persona que la padece sea sometida a múltiples situaciones de estrés psicosocial, pues es ella misma quien las crea, lo cual le genera pérdida de apoyo social.

En general, el riesgo que supone la ira y la hostilidad en el desarrollo de la cardiopatía isquémica es de seis veces y media superior en las personas que manifiestan altos niveles de hostilidad.

Los sujetos que poseen este componente de Hostilidad sobre todo, son personas que viven aisladas, no suelen solicitar apoyo y sus redes sociales son limitadas,

tienen una alta actividad fisiológica ante situaciones específicas, originada por la hostilidad y viven conflictos psicológicos (Colunga, s. a.).

El incremento de catecolaminas plasmáticas se relaciona con la hipertensión esencial importante factor de riesgo de la enfermedad coronaria que se ha demostrado a su vez relacionado a factores genéticos, ambientales y psicológicos tanto en animales como en seres humanos. Además, las catecolaminas, pueden actuar indirectamente sobre la cardiopatía coronaria, favoreciendo el desarrollo de ateromas, ya que facilitan la liberación de triglicéridos y la formación de depósitos de grasa en las coronarias. Es entonces este componente de hostilidad el que trata de explicar la asociación entre factores psicológicos que propician estrés crónico y la hipertensión arterial, ocasionando más que nada por la elevada reactividad cardiovascular y neuroendocrina.

La frustración y el enojo constante, característicos de la hostilidad, sobrecargan el músculo cardíaco; los vasos sanguíneos se constriñen en las zonas periféricas del cuerpo, en tanto que los latidos cardíacos aumentan. Esta acción contradictoria equivale a meter el freno y el acelerador del auto al mismo tiempo. Además, el desgaste del músculo cardíaco provoca que las plaquetas de la sangre y los ácidos grasos se concentren y se acumulen en las paredes arteriales, produciendo arterosclerosis, condición que estrecha y endurece las arterias. Con el tiempo, un coágulo puede alojarse en la arteria reducida, deteniendo el flujo sanguíneo y provocando un ataque cardíaco (Colunga, s. a.).

En los últimos años se ha producido un incremento gradual del interés por esta variable y su relación con la hipertensión. Diamond (1982) en una revisión sobre el tema, que incluye estudios psicodinámicos, datos obtenidos por medio de técnicas proyectivas, escalas de adjetivos y cuestionarios de personalidad, así como investigaciones de laboratorio, llega a la conclusión de que la ira y la hostilidad se perfilan como variables relevantes en el desarrollo y agravamiento de la hipertensión (Citado en Colunga, s. a).

Haciendo un balance de las diversas investigaciones, se podría concluir que una personalidad hostil, esto es caracterizada por un estilo de afrontamiento de las situaciones en las que predomina el resentimiento y la incapacidad para plantear clara y abiertamente los conflictos, de manera especial los conflictos interpersonales, se asocia, en algunos subgrupos de sujetos, la enfermedad hipertensiva (Amigo et al. 1998).

Ahora bien, no es posible si este modo comportamental es causa o consecuencia de la enfermedad, si además este es idiosincrásico de la HTA o si por el contrario se trata de un síndrome con repercusiones conductuales ligado a la enfermedad crónica (Amigo et al. 1998).

d) Ansiedad e Hipertensión arterial

Entre las características emocionales y de personalidad que evidencian mayor relación con la hipertensión, destaca la ansiedad. Para analizar la relación

ansiedad-hipertensión, se parte de un hecho constatado: los individuos con un alto rasgo de ansiedad tenderán a percibir más situaciones como amenazantes que los sujetos con niveles bajos en rasgo de ansiedad (Spielberger, 1966, 1972, citado en Miguel et al. 1994).

En consecuencia, los sujetos con altos niveles de rasgo de ansiedad, se verán expuestos con mayor frecuencia a situaciones que les generen estados de ansiedad, lo que en última instancia supondrá una mayor y más frecuente activación fisiológica y, por tanto, mayor probabilidad de desarrollar trastornos psicofisiológicos.

Además, el rasgo de ansiedad se encuentra íntimamente ligado a la forma de afrontar las situaciones de estrés. Cuando un individuo se encuentra ante una situación que valora como amenazante puede adoptar diversas formas de afrontamiento, según considere que existe o no posibilidad de dominar la situación. Si percibe que no puede dominar la situación, tenderá a soportarla de forma pasiva. Si por el contrario, percibe que puede dominarla, tratará de llevar a cabo una serie de conductas o procedimientos (conductuales o cognitivos) para reducir el nivel de ansiedad que la situación le produce (Acosta, 2003).

Estos dos tipos de afrontamiento (pasivo o activo) elevarán la respuesta de activación fisiológica, aumentando la probabilidad de desarrollar, distintas enfermedades. Si el sujeto consigue dominar la situación, bien por medio de una conducta efectiva, bien por una reevaluación de la situación, los niveles de

ansiedad descenderán, y la probabilidad de padecer un trastorno se verá atenuada. Aunque, evidentemente, un sujeto inmerso en un alto estado de ansiedad presentará una menor capacidad de afrontar las situaciones de estrés de forma efectiva (Acosta, 2003).

e) Las demandas ambientales y la Hipertensión Arterial

Los enfermos crónicos se enfrentan a un proceso continuo en el que las demandas de adaptación varían a lo largo de las distintas fases de la enfermedad y el ciclo vital. Por su parte, las estrategias de afrontamiento y el apoyo social son las variables predictoras de la adaptación psicosocial a las enfermedades crónicas (Oblitas, 2004).

En cada grupo social donde se establecen los parámetros sobre los que cada individuo debe funcionar para ser aceptado socialmente, de acuerdo a esas demandas, basadas en las expectativas que la familia y la sociedad aún antes de su nacimiento, tienen sobre un sujeto y el estilo de crianza, donde se moldea su autoconcepto y se le provee de elementos para afrontar la realidad y las habilidades sociales, lo que influirá en el sentido de autoeficacia que el sujeto tenga, además y de acuerdo a los genetistas, del mensaje genético que predispone hacia una mayor hostilidad y que es un elemento temperamental individual.

Ante una gran demanda del ambiente social, poco sentido de auto-eficacia, pobre redes sociales de apoyo, un sujeto presenta distrés, lo que conlleva como ya se mencionó, al aumento de su actividad fisiológica, sobre todo en su tensión arterial. El efecto negativo del estrés psicosocial se ha estudiado en cambios vitales que marcan la vida del sujeto y que influye de manera negativa en la salud física general, incluida la asociada a la función cardiovascular.

Eventos que son altamente significativos en la vida del sujeto y que irrumpen su cotidianidad exponiéndolo a un riesgo o que le demandan una exagerada carga afectiva, sobre todo las relacionadas con el ambiente laboral, familiar y financiero, han sido estudiados en personas que padecen Hipertensión Arterial y que han padecido infarto de miocardio.

Estos sujetos que viven en una alta demanda del ambiente psicosocial y poco control sobre el mismo, también se exponen más a conductas poco saludables, lo que lleva a sugerir que no son totalmente las conductas insanas, sino que el componente afectivo influye importantemente de manera negativa en la actividad fisiológica (Oblitas, 2004).

f) El estilo de afrontamiento en la Hipertensión Arterial Esencial

Entre los factores psicosociales que influyen en enfermedades físicas como la hipertensión se encuentran las deficiencias en habilidades de afrontamiento, caracterizadas principalmente por respuestas incorrectas que tienen

consecuencias como incapacidad de adaptación a cambios ambientales; dificultad para expresión de emociones y sentimientos; y la incapacidad de formar redes sociales de apoyo, durables y gratificadoras.

El estilo de afrontamiento ante situaciones de estrés ha sido estudiado sobre todo desde el modelo transaccional de Lazarus quien define al afrontamiento como los esfuerzos cognoscitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas e internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Es decir, el afrontamiento está en función de que un individuo piensa o hace (Lazarus y Folkman, 1987, citado en Sandoval, 2005).

Así mismo el estilo de personalidad ansioso, provoca de forma significativa, incrementos en la presión arterial sistólica y diastólica. Con respecto a los sucesos vitales algunas investigaciones indican que la exposición crónica a estresores diarios de poca incidencia es potencialmente más estresante para la etiología de enfermedades cardiovasculares que una mayor experiencia de cambios vitales. Igualmente por el estilo de afrontamiento rígido.

g) Creación y desarrollo de redes sociales de apoyo

El apoyo social, parece jugar un papel indirecto en la frecuencia de la presión arterial alta, se considera que sujetos que tienen fuertes y variadas redes sociales pueden amortiguar los efectos nocivos del estrés psicosocial y enfermar menos.

Por otra parte, según Rodríguez Marín (1994), desde hace mucho tiempo que se piensa que el apoyo social amortiguan los efectos adversos de la enfermedad crónica en muy diferentes patologías, entre ellas la hipertensión arterial; hay bastantes datos que apoyan la idea de que las personas que tienen buenas redes sociales de apoyo son algo menos proclives a desarrollar y algo más proclives a adaptarse bien a la enfermedad crónica, con incremento en su calidad de vida (Citado en Oblitas, 2004).

Se ha visto que para determinados pacientes, el apoyo social significa un recurso que les ayuda a afrontar los miedos y ambigüedades que les genera la enfermedad. También se ha demostrado que la principal variable mediadora de esta relación es la percepción de control sobre la enfermedad, lo cual parece disminuir la valoración de amenaza y estrés.

En el caso de enfermedades crónicas quienes las padecen pueden sentir que son una carga, por lo cual desean aislarse y evitan pedir ayuda. Si un individuo se deprime, su estado le conducirá al aislamiento y a una reacción negativa ante los ofrecimientos de ayuda. Este tipo de actitudes se encuentra directamente relacionado con los efectos que los procesos crónicos tienen en la red de apoyo social del paciente.

Una de las consecuencias de una enfermedad crónica es el desencadenamiento de un conjunto de situaciones estresantes, entre las cuales se encuentran, la imposibilidad de curación, la incertidumbre sobre el porvenir, las implicaciones

económicas, la posible alteración de las relaciones familiares, sociales, etc., todo lo cual puede provocar un estado de estrés crónico. Algunos autores sostienen que este estado no sólo extingue las conductas de apoyo, sino que altera rápidamente las relaciones con los miembros de la red.

Por tanto, en determinados procesos crónicos, la actitud de la persona enferma, continuamente estresada, ansiosa, o preocupada puede producir un desequilibrio de la balanza de costes y beneficios con las personas que conforman la red, lo cual provocará un distanciamiento de éstos (Oblitas, 2004).

Algunos de los estudios que han tratado la relación entre el apoyo social y diferentes enfermedades crónicas conceden especial importancia al hecho de que en esas circunstancias los sujetos valoran de forma más marcada determinados tipos de apoyo social; además, es posible que ante un estresor concreto, sean más necesitadas, requeridas o valoradas determinadas fuentes de apoyo social.

Determinadas actitudes y comportamientos de las personas que rodean a un enfermo crónico también son percibidas por éste como ineficaces o inadecuados ante lo cual responden de diversas maneras tales como la evitación física, negativa de conversar abiertamente sobre la enfermedad, rechazo de los contactos sociales e incluso algunas muestras de rechazo.

En función de lo anterior, tanto el estado de enfermedad crónica como las características propias de cada enfermedad plantean demandas específicas de

apoyo social y determinan, a su vez, las actitudes y conductas de las personas próximas al enfermo, las cuales son, en ocasiones, opuestas o no están a la altura de sus necesidades. En relación con esta aseveración DiMatteo y Hays (1981) consideran que la seriedad o gravedad de la enfermedad de estos pacientes es uno de los aspectos más importantes de cara a su respuesta hacia diferentes formas de apoyo social (Oblitas, 2004).

h) Creación y desarrollo de habilidades sociales

Entre las habilidades sociales que el paciente hipertenso debe desarrollar se encuentran las relacionadas con capacidades de comunicación, con saber recibir y solicitar ayuda, la expresión de las emociones, y sobre todo entre las más importantes, el desarrollo de la asertividad que se pueden considerar entre las mejores para disminuir el estrés, además de trabajar aspectos del autoestima para mejorar la sensación de autoeficacia (Oblitas, 2004).

i) Otros factores psicosociales

Entre otros factores socioculturales y psico-biológicos que influyen en la presión arterial se encuentran el exceso de trabajo, el trabajo que produce satisfacción no es un estresor, lo que es un estresor es cuando hay una alta demanda y poca posibilidad de decisión. De igual manera el cambio de una cultura a otra; la incongruencia en el estilo de vida. Se ha hablado también sobre la personalidad del hipertenso y se sabe que hay rasgos que lo caracterizan, por ejemplo la

hostilidad reprimida, frecuentemente hay miedo, enojo y tristeza, hay mucha agresión inhibida, hay canalización al “trabajo”, de esta manera es como compensan su enojo.

El estado socioeconómico es otro factor asociado con la hipertensión, las enfermedades cardiovasculares son enfermedades relacionadas a la pobreza, debido a que tienen escaso o nulo acceso a tratamiento y estilos de vida sanos, comer sano es muy caro.

De acuerdo a Dressler (2000), la prevalencia de hipertensión arterial varía mucho en relación a factores sociales y culturales, estudios sobre estatus socioeconómico y presión arterial, documentan esa variación, que no puede ser explicada por factores convencionales; sus conclusiones estimulan el desenvolvimiento de un modelo de estrés y enfermedad, que enfatiza la participación de factores psicológicos y sociales, que los individuos perciben como estresores, a este concepto se le llama modelo de consonancia cultural, el cual sugiere que cuanto mayor es la consonancia cultural de un individuo, menor es su presión arterial, esta relación se ve mediada por el estrés cotidiano y estilo de vida (Citado en Colunga, s. a).

Otro de los factores psicosociales que afectan la prevalencia de la hipertensión arterial, se encuentra la raza, sexo, edad; por ejemplo en las personas de raza negra, los adultos sufren de hipertensión con más frecuencia y, por lo tanto, sus tasas de morbilidad y mortalidad son superiores, pero al parecer el nivel

socioeconómico bajo y el menor acceso a una atención médica adecuada entre estas personas son importantes. Los negros en particular sufren más daño renal, incluso cuando se controla la presión arterial de manera afectiva, ya que aumenta la frecuencia de problemas terminales.

Las mujeres sufren menos morbilidad y mortalidad cardiovascular que los varones, cualquiera que sea el grado de hipertensión. Además la HTA es menos frecuente en mujeres antes de la menopausia. Sin embargo, en última instancia más mujeres que varones sufren de complicaciones cardiovasculares por HTA puesto que existen más mujeres ancianas y la HTA es más común y peligrosa en este tipo de edad.

En niños y adolescentes, entre más edad tenga el niño, más probable es que la hipertensión sea de causa desconocida. En los prepúberes, la hipertensión crónica suele ser producida por alguna enfermedad renal congénita o adquirida o una vasculopatía. En los ancianos, conforme más personas vivan durante más tiempo, se diagnosticarán más casos de hipertensión, especialmente sistólica.

En las personas que presentan Diabetes Mellitus, la HTA no solo es más frecuente, sino que también tiende a ser más persistente y el descenso nocturno de la presión quizá refleja la neuropatía autónoma o una neuropatía diabética incipiente. Cuando el diabético sufre de hipertensión se enfrenta a una serie de problemas interesantes. Si se produce hipoglucemia por el exceso de la insulina o de otros fármacos, aparece hipertensión acentuada como resultado de la actividad

simpática estimulada. También dosis elevadas de diuréticos y de bloqueadores beta dificultan el control de la diabetes (Braunwald, 1999).

Es así como en el caso de la hipertensión esencial, existen datos suficientes para afirmar que los factores psicológicos y psicosociales juegan un papel importante en su desarrollo bien a través de los comportamientos asociados con ciertos factores físicos relacionados con la hipertensión como, por ejemplo, la obesidad, la falta de ejercicio físico, el abuso de alcohol o el consumo excesivo de sal en la dieta (véase Blanchard, Martin y Dubbert, 1988), o bien a través de los efectos relacionados con el estrés sobre el sistema cardiovascular (citado en Braunwald, 1999).

Así pues, el comportamiento de las personas y su grado de activación ante las diferentes situaciones de la vida cotidiana provocan incrementos de la presión arterial que, en función de variables individuales de predisposición, podrían prolongarse en el tiempo desencadenando un trastorno de hipertensión. Es por eso que la Psicología, estudiosa del comportamiento, se ha ocupado del tratamiento de la hipertensión esencial, que de no tratarse, puede desembocar a la larga en una hipertensión secundaria.

2.9 El Papel del Psicólogo en la salud

Con todo lo anteriormente mencionado referente con las variables psicológicas y psicosociales relacionados con la Hipertensión Arterial, cabe mencionar la

relevancia del papel del psicólogo de la salud en la intervención de dicha enfermedad, ya que requiere de un manejo integral y multidisciplinar, siendo el profesional de la salud mental el más indicado para ello, sin embargo el resto del equipo de salud, puede contribuir a este tratamiento, identificando componentes de carácter psicosocial, que pueden en un momento dado, entorpecer el tratamiento y limitar un adecuado manejo y control de la enfermedad y una mejor calidad de vida para el paciente y su familia.

Sin duda alguna, el psicólogo forma parte importante del equipo de rehabilitación de una persona con enfermedad crónica, al igual que el médico, el trabajador social, la enfermera y los terapeutas físicos, entre otros. A continuación se exponen dos de las razones fundamentales al respecto: 1) La psicología, como una ciencia que estudia la conducta humana, ha desarrollado métodos eficaces para adquirir, modificar y/o eliminar conductas. El proceso de rehabilitación de las personas con enfermedades crónicas generalmente compromete un cambio de hábitos o estilos de vida, en tanto que exige la adquisición de un repertorio relativamente extenso de nuevas conductas o hábitos, 2) La mayoría de las personas que padecen una enfermedad crónica presentan reacciones de adaptación y quejas emocionales entre las que destacan la depresión y la ansiedad.

Estos problemas emocionales les merecen tratamiento por sí mismos, y además, debido a que se relacionan con baja adherencia al tratamiento médico, morbilidad y mortalidad del paciente (Oblitas, 2004).

Sin duda la herramienta más importante para identificar estos factores es la observación y la atención al paciente, escuchándolo de manera empática, promoviendo la aceptación de la enfermedad, contribuyendo al aumento de la autoestima y proporcionando información útil y puntual sobre como manejar la enfermedad.

La labor del psicólogo es averiguar cuál es el mejor incentivo para que el paciente alcance y mantenga las metas, la gran diferencia individual a la susceptibilidad a factores psicológicos es una de las dificultades, como la percepción del estrés.

Por lo tanto su atención es muy importante en este campo, el paciente prefiere cosas que no sirven sobre cosas que sí sirven. El paciente no tiene síntomas, entonces no entiende por qué debe tomarse un medicamento, ¿qué pasa con el grado de motivación de la salud? El psicólogo debe involucrar al paciente, desarrollar habilidades para adoptar y mantener las recomendaciones, reconocer los beneficios de seguir el tratamiento; el médico debe aprender a negociar con el paciente, debe monitorizar el progreso hacia las metas; incorporar estrategias conductuales, se necesita el apoyo de buenos grupos de investigación que creen sistemas claros (Oblitas, 2004).

Todo se reduce a un problema de información, esta debe ser clara, realista, equilibrada, el único mecanismo útil para modificar hábitos en el adulto es incentivar, los premios o castigos siguen siendo la única forma de modificarlas.

Lograr la adherencia es una labor muy importante y el psicólogo es el profesional indicado para hacerlo.

2.10 Modelos Teóricos utilizados en Psicología de la Salud

Investigaciones e intervenciones de salud pública en general, así como de prevención y promoción en particular, no son siempre eficaces para lograr sus objetivos y metas. Diversas variables responden por esta disímil eficacia de las acciones en pro de la salud, es relevante que muchas de estas iniciativas se formulen e implementen sin referencia a una teoría o un modelo. Hace décadas se reconoce que un marco teórico sólido ofrece la base requerida para la práctica exitosa de cualquier actividad humana (Cabrera, Tascón y Lucumí, 2001).

Según Kerlinger, la teoría es el conjunto de formulaciones conceptuales acerca de las variables, definiciones y proposiciones interrelacionadas que expresan la visión sistemática de un fenómeno, en el propósito de explicarlo (Citado en Cabrera et al. 2001).

El término 'modelo' se usa de diversas formas, con los más variados significados e implicaciones. Earp y Ennett señalaron tres formas principales de uso: como marco conceptual para organizar e integrar información, como sistema diagramático de medición y, como estructura conceptual desarrollada y aplicada para guiar la investigación y la práctica (Citado en Cabrera et al. 2001).

Un modelo es específicamente una formulación conceptual que incluye los elementos esenciales representativos de un aspecto de la realidad. Un buen modelo incorpora la esencia del constructo o variable de interés para lograr la representación simplificada de la realidad; simplicidad que debe aportar claridad para explicar, predecir e intervenir el mundo y la realidad.

Las teorías y los modelos son esenciales, entre otros fines, para definir y responder a preguntas válidas de investigación así como para definir objetivos e identificar grupos poblacionales o factores ecológicos susceptibles de ser intervenidos con el fin de mejorar la salud de individuos y poblaciones.

Tienen como función central la derivación de teoremas y la formulación de previsiones sobre la realidad; su mayor utilidad está en facilitar a quien los aplica la representación e intervención de fenómenos reales que ocurren en el ámbito de los comportamientos o de la sociedad, ayudan, por ejemplo, a entender mejor la naturaleza de las necesidades, motivaciones y prácticas de las personas así como características y dinámica del contexto en que ocurren.

Hoy existe evidencia suficiente que indica que el uso de sólidas bases teóricas y de modelos conceptuales, técnicos u operativos es uno de los factores críticos por medio de los cuales se mejoran significativamente las probabilidades de éxito de las acciones en salud (Cabrera et al. 2001).

En prevención, educación y promoción de la salud, los avances en la formulación teórica que respaldan las investigaciones e intervenciones en la práctica, han ocurrido directa e indirectamente por la aplicación de teorías y modelos desarrollados en las más diversas disciplinas, áreas del conocimiento y campos profesionales. Especialmente relevantes son los aportes teórico-conceptuales originados en las áreas comportamentales y psicosociales, lo que ha determinado la dominancia de los modelos de cognición social para estudiar e intervenir el cambio de comportamientos relacionados con la salud.

Teniendo en cuenta que la mayoría de causas prematuras de morbilidad y mortalidad son prevenibles y que muchas de ellas están relacionadas con el comportamiento y el estilo de vida de los individuos, uno de los principales requerimientos para un marco referencial viable en el área de la prevención y promoción de la salud es ayudar a explicar cómo las personas construyen o modifican sus decisiones y acciones individuales, grupales o en masa.

El comportamiento o las prácticas individuales o colectivas es producto de la interacción de múltiples factores y variables. Aspectos políticos, sociales, económicos y ambientales afectan el comportamiento de la gente, lo que indica por qué las prácticas que afectan la salud no son explicables en la perspectiva de una única teoría o modelo conceptual (Cabrera et al. 2001).

Podemos citar algunas posturas que apoyan la explicación de factores relacionados con las conductas de salud.

2.10.1 El modelo de aprendizaje social

Bandura (1980) considera que las variables cognitivas son fundamentales para explicar la adquisición de aprendizajes y la modificación de los comportamientos. Desde esta perspectiva, basada en el procesamiento de la información, las personas son consideradas como agentes que activamente procesan información y toman decisiones. En esta teoría son relevantes los conceptos de autocontrol (autorregulación) y de auto eficacia.

El concepto de autocontrol se refiere a la capacidad de las personas para regular su conducta. Se argumenta que gran parte de los comportamientos del hombre está motivada y regulada por criterios internos y reacciones autorevaloradas ante sus propias acciones y que todo acto incluye, entre sus determinantes las influencias autoproducidas.

Las personas se proponen normas, objetivos, niveles de ejecución, que funcionan como motivadores de la conducta actual. A su vez, permanentemente, los individuos evalúan en qué medida han alcanzado lo que se han propuesto y lo hacen mediante criterios de comparación (sociales, personales, modelados). Si los procesos autoevaluativos señalan que se ha conseguido lo propuesto, emerge un sentimiento de orgullo y autoconfianza (autorrefuerzo); por el contrario, si se estima que las metas se encuentran aún tan alejadas como al principio, aparece la autocrítica, la autodevaluación y sentimientos negativos que conducen al auto castigo.

De acuerdo con Bandura (1990), la autoeficacia “se relaciona con las creencias de las personas acerca de sus capacidades para movilizar su motivación, sus recursos cognitivos y los recursos de acción necesarios para ejercer el control sobre las exigencias de una tarea”.

Por otra parte, el mismo Bandura (1987) relaciona explícitamente la autoeficacia con la salud cuando sostiene que “a no ser que el individuo crea que puede dominar y cumplir hábitos que favorezcan su salud es poco probable que dispense el esfuerzo suficiente para conseguirlo”. Luego, agrega que “lo que necesita saber el individuo es la forma de regular su conducta y dispones asimismo de una creencia firme en su eficacia para convertir la preocupación por posibles enfermedades futuras en una conducta preventiva, eficaz”.

Según estos conceptos, es importante que las personas sostengan fuertes creencias de que los conocimientos y destrezas que poseen en relación con la salud les son útiles para regular y modificar su conducta y que sientan capaces de llevar a cabo distintas conductas preventivas.

Bandura (1988) distingue otra capacidad distintiva humana, la vicaria, referida a la posibilidad que tiene el hombre de aprender guías de acción mediante la observación de la conducta de otras personas y de las consecuencias que tal conducta produce.

La capacidad vicaria permite a los sujetos, adquirir las reglas necesarias para generar y regular patrones de acción, abreviándose a sí los procesos de adquisición, muy importantes para el desarrollo y la supervivencia del hombre. De acuerdo con éste enfoque, las personas expuestas a modelos que poseen conductas saludables tenderán a incorporar a su repertorio dichos comportamientos, si ven que de ellas emanan consecuencias positivas (refuerzos), mientras que, por el contrario, cuando se les exponen modelos con hábitos nocivos y observan los efectos perjudiciales para su salud, se presenta un efecto inhibitorio.

Además, distingue la capacidad de autorreflexión, la cual posibilita a la persona a analizar sus experiencias y reflexionar sobre sus procesos mentales. Esta aptitud le permite alcanzar un conocimiento genérico sobre sí mismo y sobre el entorno, además de poder evaluar y modificar sus pensamientos. La autorreflexión sobre sus cogniciones y conductas, la predicción de acontecimientos, juzgar si son adecuados o no, a partir de los resultados y su modificación a través de procesos metacognitivos, pueden ser fuente tanto de pensamientos adaptativos como de patrones de pensamientos distorsionados (Oblitas, 2004).

2.10.2 Modelos Cognitivo-Conductuales

En los últimos años, en el ámbito de la Psicología de la salud se han propuesto distintos modelos cognitivos conductuales para explicar el comportamiento de la salud de las personas. Estos enfoques, que tienen su origen en las teorías

conductuales, y que parten del supuesto de que las personas son agentes que activamente procesan información, se caracterizan por considerar: 1) que los trastornos emocionales y de la conducta son, en parte, una función de los trastornos de los procesos cognitivos, 2) una relación de colaboración entre terapeuta y consultante, 3) el foco radica en cambiar cogniciones para producir los cambios deseados en el afecto y la conducta y 4) son formas de intervención de tiempo limitado y educativas que se centran en problemas-meta específicos.

Diversas investigaciones psicológicas relacionadas con el tratamiento de conductas perjudiciales para la salud han subrayado la importancia de factores cognitivos (pensamientos, creencias, fantasías, atribuciones; etc) como mecanismos centrales de la eficacia de las intervenciones.

Existe evidencia clínica y datos empíricos que indican que los enfoques cognitivo conductuales son muy beneficiosos para el tratamiento de individuos con hábitos nocivos para la salud.

Los supuestos generales que caracterizan a la perspectiva cognitivo conductual son:

- a) Los individuos son procesadores de su propia información que interpretan y evalúan lo que les llega a través de experiencias pasadas y aprendizajes previos.

- b) Los pensamientos de un sujeto pueden regular y afectar los procesos psicológicos y fisiológicos y, por otra parte, la conducta puede influir o modificar procesos de pensamiento y de memoria.
- c) Se focaliza en la interacción recíproca entre los factores personales, el ambiente y la conducta.
- d) Los individuos aprenden patrones de pensamientos, comportamientos y reacciones emocionales tanto adaptativos como desadaptativos. Respecto de éstos últimos, pueden ser reemplazados por habilidades y cogniciones más adaptadas.
- e) Los individuos son agentes activos de cambio de sus sentimientos, pensamientos y comportamientos.

El enfoque con este tipo de terapia la puede aplicar el profesional de salud mental, sobre todo el psicólogo o psicoterapeuta, quien posee los conocimientos teóricos y metodológicos para lograr cambios en el comportamiento de los sujetos, coadyuvando en el tratamiento general de la hipertensión.

El principal objetivo de ésta terapia es modificar la manera en que un individuo siente y se comporta, lo que es un reflejo de la organización de la estructura cognoscitiva del sujeto, y que son influidas tanto biológicas como socialmente; uno de los principales expositores de las teorías cognoscitivas es Lazarus (1984), las cuales enfatizan la importancia de la cognición en el cambio emocional y conductual, la terapia basada en esta teoría, es de las llamadas re-educativas y ayudan a modificar aspectos puntuales de la conducta de los sujetos y de su

forma de interpretar la realidad lo que le ayuda a mejorar las estrategias de afrontamiento, además de contar con técnicas específicas para un mejor control de las emociones y de su influencia en el funcionamiento fisiológico (Feldman, 1994 citado en Colunga, s. a.).

Para reducir los niveles de presión arterial existen tratamientos que, aunque no modifican directamente esos niveles, los intentan cambiar mediante la desactivación fisiológica, el control de los hábitos de alimentación y bebida, la práctica del ejercicio físico y la adhesión a la medicación.

La terapia cognitivo-conductual es un modelo teórico que ha sido empleado en el tratamiento de enfermedades crónico degenerativas. Esta es practicada en diferentes formatos con sesiones grupales o individuales; el modelo cognitivo conductual sugiere que los síntomas de distrés físico y mental son parcialmente una consecuencia de pensamientos, emociones y conductas mal adaptadas. Por lo tanto, esta perspectiva se enfoca en reconocer y modificar los pensamientos, emociones y conductas que contribuyen al distrés físico y emocional.

Las terapias cognitivas se centran principalmente en la identificación y modificación de los pensamientos, procesos y estructuras cognitivas de un individuo. A los pacientes se les enseña, primero, a conceptualizar el problema desde un punto de vista cognitivo y a comprender cómo el mismo mantiene las conductas nocivas para su salud a través de determinadas creencias. El siguiente paso consiste en enseñarles habilidades de auto manejo para que logre un mejor

control de las situaciones. La tercera fase es practicar y experimentar el uso de éstas técnicas y el manejo de estrategias a nivel cognitivo, afectivo y conductual para que concrete un control efectivo de las conductas saludables.

Por tal motivo esta intervención será utilizada para el tratamiento psicológico de pacientes hipertensos, modificar conductas y cogniciones o una combinación de ambos.

La intervención cognitivo conductual está compuesta de numerosas técnicas que pueden ser utilizadas individual o colectivamente en un tratamiento.

Las técnicas psicológicas sirven como adyuvantes al tratamiento médico, estas requieren que los pacientes participen en su cuidado, voluntariamente estén interesados en ello y que sean capaces de mantener una adecuada atención para recibir, seguir y proporcionar retroalimentación. Estas técnicas pueden optimizar la efectividad de un tratamiento médico.

Dentro de las estrategias cognitivas se encuentran:

Imaginería guiada. Utilizar imágenes mentales, usualmente de naturaleza neutral o positiva en la cual la persona es llevada a través de una escena particular. La imaginería debe ser visual, auditiva, kinestésica o una combinación de éstas. Frecuentemente utilizada en combinación con relajación.

Entrenamiento autógeno. Enfocarse en estados corporales internos y transformar las sensaciones a través de imaginación (ejemplo, una sensación de dolor es imaginada en vez de una sensación desagradable como una sensación tibia). El entrenamiento autógeno o autorrelajación concentrativa de Schultz (1980) es una combinación de ejercicios pasivos de relajación combinados con meditación y autoinstrucciones. Los sujetos ejercitan la autosugestión de las propias sensaciones internas de peso y de calor y de las propias funciones de regulación interna que acompañan el estado de relajación (respiración pausada, latidos cardíacos regulares, etc.).

Autodiscurso de afrontamiento. Declarar afirmaciones positivas específicas tales como “Yo puedo hacer esto” o “Soy lo suficientemente fuerte para manejar esto”.

Reestructuración cognitiva. Los modelos cognitivos reconocen una naturaleza multidimensional de las disfunciones en virtud de la cual se produce una interdependencia entre cognición, emoción, afecto y conducta. Conceptualiza al hombre como un sistema que procesa información del medio. En un entorno continuamente cambiante que demanda capacidades adaptativas, el individuo construye activamente la realidad mediante la selección, codificación, almacenamiento y recuperación de la información presente en el medio.

La información que posee un individuo sobre sí mismo y el mundo afectará las respuestas tanto emocionales como conductuales del individuo. Antes de emitir

una respuesta emocional o conductual los individuos clasifican, evalúan y asignan significado al estímulo en función de sus esquemas cognitivos. Estos se describen como el conjunto de experiencias del individuo provenientes de su interacción con el medio y se consideran formados por creencias, suposiciones, actitudes, visiones del mundo y valoraciones de uno mismo (Labrador et al. 1995, citado en Acosta, 2003).

El elemento fundamental del modelo cognitivo propuesto por Beck es que en los trastornos emocionales existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información, de tal manera que durante el proceso de interpretación del estímulo podrían activarse esquemas cognitivos negativos que llevarían al individuo a cometer distorsiones del estímulo en cuestión. De esta forma, el elemento responsable de la emisión de las respuestas emocionales y conductuales desajustadas sería la estructuración cognitiva negativa de la situación.

La perturbación emocional depende del potencial de los individuos para percibir negativamente el ambiente y los acontecimientos que les rodean. Los contenidos negativos de las cogniciones que aparecen en los trastornos emocionales como la depresión o la ansiedad son, según Beck, idénticos a los de cualquier persona ante una situación de pérdida o amenaza real. La diferencia se encuentra en el número y grado de distorsiones cognitivas que comete el individuo y, debido a esto, en la inadecuación de su conducta e intensidad emocional. Por lo tanto el

objetivo de la terapia se centra en la modificación de las creencias distorsionadas del paciente. Para esto se instruye al paciente a:

- Identificar el efecto que tienen sus creencias en su estado de ánimo y conductas que realiza.
- Evaluar las situaciones relevantes para uno de forma realista.
- Atender los datos existentes en esas situaciones.
- Formular explicaciones alternativas para esas situaciones.
- Poner a prueba los supuestos desadaptativos llevando a cabo comportamientos diferentes que proporcionen oportunidades para un repertorio más amplio de cara a la interacción con otras personas y a la resolución de problemas.

Para la generación de pensamientos alternativos, en el Programa se utiliza un registro de pensamientos alternativos en el cual se pide al paciente que anote la fecha y hora en que está detectando un estado emocional negativo, los pensamientos que pasan por su mente, el tipo y grado de la emoción percibida, cual es la evidencia a favor y en contra de los pensamientos anotados y cuales serian los pensamientos alternativos que podrían surgir a partir de las evidencias encontradas. Por último se registra el tipo y grado de emoción que el paciente experimenta una vez que generó pensamientos alternativos.

El uso de este tipo de registros es sumamente útil en la reestructuración cognitiva ya que la elaboración del registro en sí funciona como una herramienta de “autoayuda” para el paciente, lo que garantiza una mayor efectividad del tratamiento impartido, ya que el paciente llega a ser su propio “terapeuta” (Acosta, 2003).

Solución de problemas y toma de decisiones

Los problemas dentro del enfoque cognitivo-conductual se definen como situaciones específicas de la vida (presentes o anticipadas) que exigen respuestas de afrontamiento eficaces provenientes de las personas que se enfrentan con las situaciones debido a la presencia de distintos obstáculos. Estos obstáculos pueden incluir la ambigüedad, la incertidumbre, las exigencias contrapuestas, la falta de recursos y/o la novedad (D’Zurilla, 1986 citado en Acosta, 2003).

Básicamente los problemas representan a menudo una discrepancia entre la realidad de una situación y los objetivos deseados. Los problemas son estresantes si son de alguna manera difíciles y relevantes para el bienestar de las personas. Un problema puede ser un acontecimiento único, una serie de sucesos relacionados o una situación crónica. Las demandas de la situación problemática pueden originarse en el ambiente o dentro de la persona.

Así que un problema es un tipo particular de relación persona-ambiente que refleja un desequilibrio o discrepancia percibidos entre las demandas y la disponibilidad

de una respuesta adaptativa. Es probable que este desequilibrio cambie con el tiempo dependiendo de los cambios en el ambiente, en la persona o en los dos.

Una solución en este modelo se define como cualquier respuesta de afrontamiento destinada a cambiar la naturaleza de la situación problemática, las propias reacciones emocionales negativas o ambas.

Las soluciones eficaces son aquellas respuestas de afrontamiento que no solo logran estos objetivos sino que al mismo tiempo maximizan los beneficios y minimizan los costos. Se incluyen las implicaciones a corto y largo plazo de la solución así como las consecuencias personales para el individuo y el impacto que la solución tiene sobre otras personas significativas.

La capacidad general de solución de problemas comprende una serie de habilidades específicas, en vez de una sola capacidad unitaria. De acuerdo con D’Zurilla, la solución de problemas “eficaz” requiere de 5 pasos:

1. Orientación hacia el problema.
2. Definición y formulación del problema.
3. Generación de alternativas.
4. Toma de decisiones.
5. Puesta en práctica de la solución y verificación.

La orientación hacia el problema puede describirse como un conjunto de respuestas de orientación que representan las reacciones cognitivo-afectivo-conductuales inmediatas de una persona cuando se enfrenta por primera vez con

una situación problemática. Estas respuestas de orientación incluyen una clase particular de aspectos de la atención (sensibilidad ante los problemas) y un conjunto de creencias, suposiciones, valoraciones y expectativas generales sobre los problemas.

El objetivo de la definición y formulación del problema consiste en clarificar y comprender la naturaleza específica del problema. Esto puede incluir una renovación de la situación en términos de su significación para el bienestar y el cambio. La valoración inicial del problema implica la respuesta inmediata de la persona ante un problema no definido, basándose principalmente en las experiencias con problemas similares. Después de definir y formular la naturaleza del problema de forma más clara y concreta, la persona puede entonces valorar el problema de modo más preciso.

El objetivo del tercer componente, la generación de alternativas, es hacer que estén disponibles tantas soluciones como sea posible, con el fin de llevar al máximo la posibilidad de que la “mejor” solución (la preferida) se encuentre entre ellas.

El propósito de la toma de decisiones es evaluar (juzgar y comparar) las opciones disponibles con respecto a la solución y seleccionar la mejor para ser llevada a cabo en la situación del problema real.

Finalmente el propósito de la puesta en práctica de la solución y verificación consiste en vigilar el resultado de la solución y evaluar la eficacia de la misma para controlar la situación problemática. Las habilidades de verificación abarcan la auto observación y la evaluación del resultado real de la solución.

Para entrenar a los pacientes en esta técnica ha resultado efectivo un formato de solución de problemas ya que los pacientes, con esta forma visual, llegan a adquirir con más facilidad esta estrategia (Acosta, 2003).

Dentro de las estrategias conductuales se encuentran las siguientes:

Relajación muscular progresiva: El objetivo de estas terapias es disminuir la presión arterial mediante el control voluntario de la tensión muscular y/o de la respiración, es decir, a) relajando los músculos para que así se produzca una disminución en las resistencias periféricas, y/o b) controlando la respiración para que así se produzcan cambios en la presión intraventricular y, por consiguiente, en la salida cardíaca.

Puesto que las resistencias periféricas y la salida cardíaca determinan la presión arterial, la disminución de estos dos factores supone una reducción en los niveles de presión arterial. De modo que en estas técnicas de control indirecto la presión arterial se reduce como consecuencia del control voluntario de algunas respuestas activadas por el sistema nervioso autónomo, tales como la respiración y la tensión muscular, consiguiéndose un estado general de relajación.

Dentro de este grupo de terapias se encuentran los diversos procedimientos de entrenamiento en relajación. El procedimiento más utilizado por su brevedad, facilidad de entrenamiento y por estar respaldado por un mayor número de estudios, es sin duda el entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson en sus distintos desarrollos.

La relajación progresiva es una técnica de relajación ideada originalmente por Jacobson (1938), pero que ha sido sistematizada por otros autores como Wolpe (1977) o Bernstein y Borkovec (1983), siendo la versión de estos últimos la que se sigue mayoritariamente en la actualidad para el tratamiento de la hipertensión. La técnica consiste, en primer lugar, en entrenar a las personas en identificar las sensaciones de tensión en los músculos del cuerpo (Citado en Acosta, 2003).

Para ello los sujetos realizan repetidamente ejercicios en los que tensan y relajan de forma alternativa y sistemática los diferentes grupos de músculos estriados, contrastando así las sensaciones de tensión y relajación. Posteriormente, los sujetos son entrenados en identificar y reducir cualquier tensión en situaciones de creciente dificultad, hasta que puedan inducirse un estado general de relajación en el momento de su vida diaria que deseen.

La relajación es un estado psicofisiológico de hipoactivación que contrarresta los efectos perniciosos de la excesiva tensión o activación, provocando en el organismo una gran variedad de efectos: disminución de la frecuencia e intensidad cardíaca, vasodilatación arterial (mayor riego periférico y mayor oxigenación

celular), incremento de la amplitud de la respiración y regularidad en el ritmo, disminución de la activación simpática, de los niveles de secreción de adrenalina y noradrenalina por las glándulas suprarrenales, del consumo de oxígeno y de colesterol y ácidos grasos en plasma, incremento de los leucocitos y mejora del sistema inmunológico, cambios percibidos (subjetivos) en los niveles de tensión y ansiedad y sensación de tranquilidad (Acosta, 2003).

Respiración Profunda: El entrenamiento en respiración (ER) es un procedimiento de relajación que se basa en la importancia de la respiración para el control del nivel de activación. Los patrones de respiración caracterizados por un ritmo de inspiraciones moderado, con volúmenes elevados de aire y respiraciones predominantemente abdominales, incrementan la activación vagal, produciendo una desactivación general del organismo. Aunque es posible el control voluntario de la respiración, su regulación suele ser automática, en especial en aquellos momentos más importantes y que más alteran la respiración.

Por ejemplo, cuando se emiten respuestas emocionales intensas, éstas alteran el patrón de respiración y, al absorber la atención de la persona en la emoción, hacen difícil que le preste atención a su respiración. Por eso, el objetivo del ER debe ser, en primer lugar, enseñar un adecuado control voluntario de ésta en condiciones óptimas (que permitan dedicarle toda la atención) para, posteriormente, automatizar este control de forma que su regulación se mantenga incluso en las situaciones problemáticas. El resultado será una respiración más

completa y pausada en las situaciones que más se necesitan, esto es cuando la persona está demasiado activada (Acosta, 2003).

Juego de roles: Consiste en recrear una situación que es problema para el paciente dentro de la sesión terapéutica. Por ejemplo, un paciente puede practicar la petición de pedir ayuda a un familiar para poder asistir al servicio médico.

Modelamiento: El modelado es un procedimiento en el que se presenta a un individuo una muestra de un comportamiento determinado para inducirle a que realice una conducta similar. En este caso, el terapeuta es el modelo a reproducir por el paciente. Por ejemplo, un paciente con dificultades para expresar a su médico sus dudas puede observar la ejecución de esta tarea por parte del terapeuta y reproducirla en la consulta medica.

Moldeamiento: Es un método que se utiliza para establecer una conducta nueva mediante el refuerzo sucesivo de aproximaciones a esa conducta y la extinción de tales aproximaciones a medida que se va configurando el comportamiento final deseado.

Simulación: Consiste en la descripción de la ejecución de la conducta a realizar. Por ejemplo, “cuando esté con el médico voy a cuidar que no esté distraído, le hablaré en un voz alta, sin gritarle, le voy a mirar a los ojos y le preguntaré cuales son los alimentos que no debo de comer”.

Retroalimentación correctiva: Es el proceso mediante el cual el terapeuta va indicándole al paciente los puntos positivos de la ejecución de la conducta deseada y los puntos a mejorar para que en los ensayos conductuales los errores se corrijan progresivamente.

Automonitoreo: Consiste en observar la conducta de modo sistemático. Este procedimiento puede ser afectivo porque el acto de observación por se puede adquirir propiedades reforzantes o punitivas; por ejemplo, para un paciente diabético el percatarse de que sus niveles de glicemia están disminuyendo pueden reforzar la toma de medicamentos. Como no se ha demostrado la efectividad de esta técnica individualmente, se le combina con otras como el auto reforzamiento y el auto castigo.

Contratos conductuales: Sirven para formalizar el programa de intervención de tal manera que el sujeto sepa que ha de hacer en cada momento y que contingencias ha de autoadministrarse (Acosta, 2003).

Técnicas de Autocontrol

Es definido como una habilidad susceptible de ser aprendida que englobaría cualquier conducta controlada exclusivamente por variables autogeneradas (físicas, sociales o cognitivas) que trate de alterar la probabilidad de ocurrencia de otra conducta cuyas consecuencias, en algún momento, podrían ser aversivas para el individuo (Labrador et al. 1995 citado en Acosta, 2003). Las técnicas de

autocontrol se dividen en técnicas de control estimular, que van encaminadas a manipular los estímulos discriminativos que controlan la conducta problema antes que tenga lugar y en técnicas de programación conductual. Sin embargo cabe destacar la necesidad de motivar al paciente para poner en práctica tales técnicas. Para este fin se cuenta con las siguientes técnicas:

Las técnicas de control estimular son las siguientes:

- Restricción física: Esta estrategia iría encaminada a prevenir una respuesta, por ejemplo usar una mascarilla para controlar el peso evitando “picar” la comida cuando se prepara.
- Eliminación de estímulos: se trata de hacer desaparecer los estímulos discriminativos elicitors de conductas problema, por ejemplo, no tener en casa alimentos hipercalóricos, no traer monedas para no comprar antojitos.
- Cambiar los estímulos discriminativos: El objetivo es que las conductas objeto de control queden solamente bajo la influencia de determinados estímulos discriminativos, es decir, se trataría de restringir el número de estímulos elicitors de una respuesta (comer a horas fijas y en un mismo sitio, dormir siempre en la cama).
- Cambiar el medio social: introducir alguna persona en el contexto en el que se da la conducta para que su presencia impida la realización de la respuesta problema, por ejemplo, comer con la esposa para evitar ingerir alimentos “chatarra”.
- Modificar las propias condiciones físicas o fisiológicas: El objetivo es modificar el medio interno del sujeto de tal manera que se reduzca la probabilidad de

ciertas respuestas (tomar algo en casa antes de ir a una fiesta para evitar ingerir alimentos hipercalóricos).

Estas técnicas por sí solas no producen cambios estables y duraderos, sino que es además necesario entrenar al sujeto en conductas y estrategias alternativas que sustituyan la conducta problema. En un primer momento cuando el paciente carece todavía de estrategias de afrontamiento, un método de control adecuado puede ser evitar los estímulos que elicitán comportamientos problemáticos (Acosta, 2003).

Las técnicas de programación conductual son las siguientes:

- **Autorreforzamiento:** Consiste de entrenar al paciente para aplicarse consecuencias de forma contingente a la conducta en vez de recibirlas de un agente externo. El único requisito es que el individuo sea libre de recompensarse en cualquier momento, se lleve a cabo o no una respuesta particular. Y para calificar como reforzamiento es que la conducta seguida por una consecuencia auto administrada debe incrementar en frecuencia.

En la mayoría de las aplicaciones de autorreforzamiento pueden delinearse dos procedimientos: el cliente debe determinar los requerimientos de respuesta para una determinada cantidad de reforzamiento, es el quien controla cuando entregar el reforzamiento y la cantidad a proporcionarse; a esta técnica se le llama reforzamiento autodeterminado.

El cliente puede dar reforzamiento por lograr un criterio particular que puede estar o no autodeterminado, a este se le llama reforzamiento autoaplicado. El autorreforzamiento por lo general requiere que el cliente observe y registre su propia conducta de manera que determine si ha alcanzado el criterio, de esta forma el auto monitoreo es parte del tratamiento (Acosta, 2003).

- **Autocastigo:** El autocastigo se utiliza con poca frecuencia y cuando se pone en práctica se incorpora al auto reforzamiento, principalmente para evitar efectos colaterales indeseables.
- **Métodos encubiertos:** Se caracterizan por utilizar la imaginación del sujeto para la representación de estímulos, respuestas y consecuencias, tanto reforzantes como aversivas. La condición indispensable para el uso de este tipo de estrategias es que el sujeto que va a ser entrenado tenga suficiente nivel de capacidad imaginativa.
- **Sensibilización encubierta:** Consiste en que el individuo se imagine a sí mismo realizando la conducta cuya frecuencia pretende reducir y, de manera contingente, imagine algún acontecimiento aversivo que a largo plazo dicho comportamiento podría acarrear o imagine algún hecho que, aún siendo poco probable en la realidad, resulte muy aversivo para el sujeto.

- **Autorreforzamiento encubierto:** Consiste en la imaginación de la conducta objeto de control y la autoadministración de consecuencias reforzantes también de manera imaginada.

- **Autoinstrucciones:** Consiste en aprender a utilizar una serie de comentarios y sugerencias que controlen la realización de la tarea de tal manera que el sujeto los internalice y generalice, transformándose así en un esquema cognitivo que vaya guiando su comportamiento. Los pasos del entrenamiento autoinstruccional son los siguientes:
 1. El modelo realiza la conducta, dándose las autoinstrucciones pertinentes en voz alta.
 2. El sujeto realiza la conducta y el modelo le da las instrucciones en voz alta.
 3. El sujeto realiza la conducta y se da las autoinstrucciones en voz alta.
 4. Mientras el individuo realiza la tarea se da las autoinstrucciones en voz baja.
 5. Finalmente, el sujeto realiza la tarea con autoinstrucciones encubiertas.

Los estímulos asociados con regularidad a la conducta actúan como señales e incrementan la probabilidad de que la conducta se lleve a cabo.

- **Entrenamiento de respuesta alternativa:** El centro más común de esta técnica es el control de la ansiedad. La relajación se ha empleado de manera amplia como una respuesta que es incompatible y por tanto una alternativa para la ansiedad (Acosta, 2003).

Además de la utilización de las diferentes estrategias de trabajo los tratamientos cognitivos conductuales deben incluir:

1. Planes y metas realistas determinadas en forma conjunta entre el terapeuta y el individuo o el grupo, después de recabar información inicial.
2. Los comportamientos adaptativos deben ser reforzados a la vez que eliminan los desadaptativos.
3. Las actividades diarias deben ser establecidas en forma gradual y reforzadas contingentemente, lo cual permite a los individuos obtener experiencias exitosas y evitar los fracasos.
4. Es necesario que a los miembros de la familia y otras personas significativas para el paciente, se les enseñen los principios básicos de la modificación del comportamiento desadaptativo por otros más saludables.
5. A los sujetos se les debe enseñar diversas técnicas para el manejo de situaciones problemáticas, para que las practiquen en situaciones diarias (en el hogar, medio social, y en el trabajo).
6. Se le debe ayudar a reconocer sus comportamientos no saludables específicos y a diferenciarlos de aquellos que sí lo son (Acosta, 2003).

A fin de examinar los efectos de una intervención cognitivo-conductual sobre aspectos de la atención de padecimientos crónicos se realizó un estudio cuasiexperimental con 51 pacientes con hipertensión, diabetes, o ambas. La intervención fue de tipo individual sobre variables psicológicas que interfieren con el bienestar y la adherencia terapéutica de los pacientes. Se realizaron mediciones pre y post tratamiento sobre calidad de vida, estilo de afrontamiento, depresión,

ansiedad, glucosa en sangre, presión arterial y dosis de hipotensor. Se observaron mejoras clínica y estadísticamente significativas en la gran mayoría de las variables para la mayoría de los pacientes. Los principales beneficios se observaron en glucosa, actividad física, reducción de conductas de riesgo, calidad de vida, depresión y ansiedad. También mejoraron significativamente los estilos de afrontamiento conductual activo, cognitivo activo, análisis lógico y solución de problemas (Riveros et al. 2004).

2.10.3 El Modelo de Creencias en Salud (MCS)

El MCS es considerado como el más influyente y aplicado al estudio e intervención de los comportamientos individuales con efectos en la salud.

Se propuso para explicar y predecir el comportamiento preventivo en salud, considerado éste como el resultado de una función interactiva de ciertas creencias que las personas tienen. Más tarde su aplicación se extendió a las respuestas de las personas a los síntomas y a su comportamiento en respuesta a enfermedades diagnosticadas, con énfasis en la adhesión a tratamientos médicos.

El MCS relacionó por tanto teorías psicológicas de construcción o de toma de decisiones, para intentar explicar la acción humana frente a situaciones de elección de alternativas, de opción comportamental con implicaciones en la salud (Cabrera et al. 2001).

Según los autores de este modelo, Becker y Miman (1975), las conductas de salud están más o menos racionalmente determinadas por la vulnerabilidad percibida por el sujeto respecto a lo amenazada que se encuentra su salud. Según el MCS, la disposición de una persona para adoptar una conducta de salud está en función de dos factores. Por una parte, la percepción de susceptibilidad personal a la enfermedad, y por otra, la severidad percibida de las consecuencias de la enfermedad (Citado en Amigo et al. 1998).

La susceptibilidad consiste en una percepción subjetiva del riesgo de contraer una determinada condición de salud e incluye la aceptación de diagnósticos, la valoración personal de nuevas susceptibilidades, entre otras. Proceso indispensable para que la persona tenga una percepción de susceptibilidad general es el haber escuchado o conocido acerca del riesgo de presentar el evento. Esta percepción puede estar influenciada por aspectos como el optimismo o el pesimismo y hacer que la gente sobrestime o subestime la frecuencia de la enfermedad (Cabrera et al. 2001).

La severidad se relaciona con la percepción individual de cuán severa es la enfermedad o de su no-intervención o tratamiento cuando se presenta. En diversos estudios esta dimensión ha sido dividida en la severidad de la enfermedad en particular y la severidad de los efectos físicos, socioeconómicos y mentales que puede causar a la persona (Cabrera et al. 2001).

Una explicación que se da al bajo impacto de la severidad en la predicción de cambios de comportamiento en relación con los otros constructos del modelo, ha sido atribuida al hecho que ésta sólo se establece en individuos que presentan alguna de las siguientes condiciones: son sintomáticos, presentan amenazas inminentes para su salud o son condiciones médicas frente a las que se tiene algún tipo de experiencia (Cabrera et al. 2001).

Los autores originales del MCS, así como diversos estudios de aplicación del modelo, se refieren al concepto de *amenaza percibida* como la combinación de la percepción de susceptibilidad y severidad. Con respecto a pruebas de detección precoz de enfermedades, estas creencias parecían necesarias; sin embargo, un aspecto clave era que el individuo también debía creer que él podría tener la enfermedad aun en la ausencia de síntomas de la misma (Cabrera et al. 2001).

Los constructos denominados *factores modificantes* (demográficos, psicosociales, estructurales) y el de las claves para la acción (consejos de familiares o amigos, campañas masivas, experiencias con la enfermedad), que afectan de modo indirecto a las conductas de salud a través de su influencia en las creencias sobre la salud fueron identificados como indispensables para completar el modelo básico.

La decisión de si se inicia una acción dependerá de la evaluación que se haga de las conductas de salud potenciales. En concreto, dichas conductas serán evaluadas desde el punto de vista de su relación costo-beneficio. Además tal

conducta también se verá influida por ciertas claves que pueden disparar su ejecución (Cabrera et al. 2001).

El MCS se consolidó en tres dimensiones: las percepciones individuales, los factores modificantes y la probabilidad de acción, tal como lo resume la siguiente figura (Ver figura No. 1):

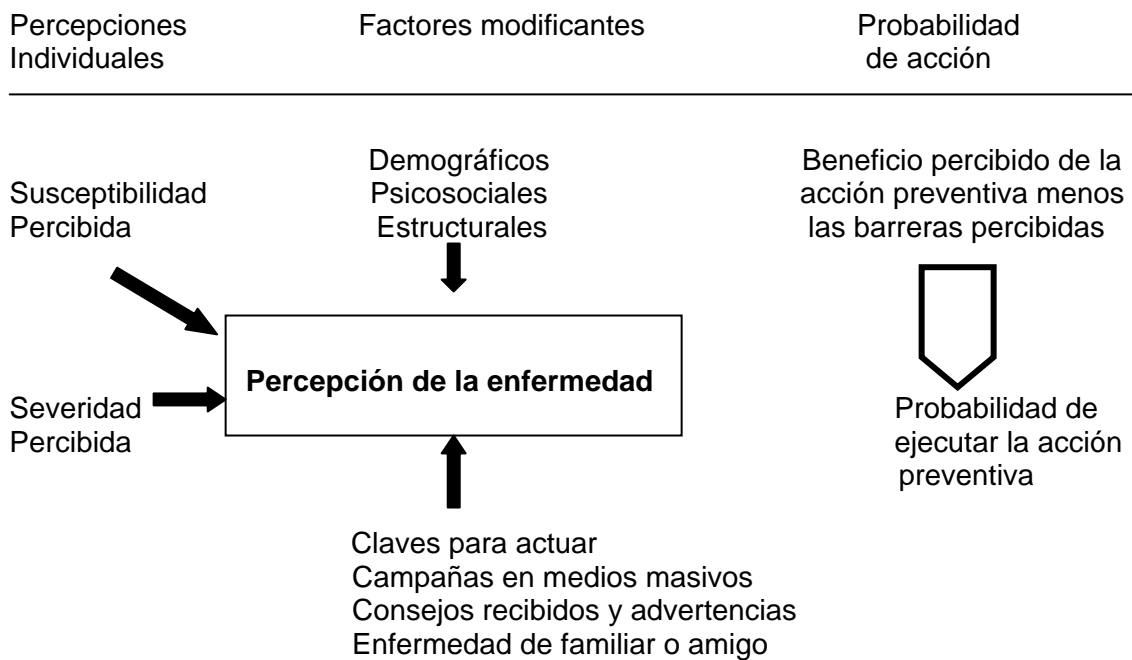


Figura No. 1 Modelo de Creencias en Salud

2.10.4 Modelo de Atención Psicológica a Enfermos Crónico - Degenerativos.

Los problemas psicológicos pueden complicar el manejo de problemas médicos y dificultar el trabajo de los terapeutas en la elaboración de programas de

tratamiento ya que hay que tomar en cuenta variables biológicas, psicológicas y físicas.

Como se requiere de un servicio formal para dar atención efectiva a este tipo de problemas complejos que se presentan en las enfermedades crónicas, el Modelo de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos se encuentra lógicamente estructurado en una serie de etapas. Estas etapas serán descritas a continuación (Acosta, 2003).

Evaluación

La evaluación cognitivo conductual es un componente central en la terapia. El primer objetivo es acumular información para sintetizar la formulación del caso o conceptualizarlo. Si una evaluación es llevada a cabo correctamente y tiene una cobertura amplia entonces puede ser fácil formular las formas en las cuales un paciente puede ser apto para lograr las metas del tratamiento. En el caso del Programa se utilizarán con mayor frecuencia el cuestionario en HTA, inventarios y los registros.

Aplicación, calificación e interpretación de instrumentos de evaluación diagnóstica

La aplicación de instrumentos no es un proceso fundamental en el Programa dadas las características de la terapia cognitivo-conductual en la que se pone énfasis en los síntomas que, a consideración de la percepción del paciente, mas

afectan su grado de funcionalidad. Por tal motivo se utilizan con mayor frecuencia los registros de frecuencia, intensidad y duración de los síntomas o registros descriptivos de estados emocionales disfuncionales a partir de cogniciones, sentimientos y conductas, llamado Cadena cognitivo-conductual.

También se llevan a cabo registros de aspectos más específicos como Horario de Actividades o Registro del Control de Presión arterial que además nos auxilian en la evaluación continúa a lo largo del tratamiento.

Sin embargo, existen casos en los cuales resulta relevante la aplicación de instrumentos. Además los instrumentos nos pueden auxiliar en la obtención de la topografía de la conducta problema, entonces se llega a hacer un análisis mas cualitativo que cuantitativo de las respuestas de los pacientes a los cuestionarios.

Reporte de evaluación diagnóstica

El reporte contiene información obtenida a partir de la entrevista de exploración, resultados de los instrumentos aplicados o de los registros elaborados. Esta información habla de los instrumentos utilizados, sus datos cuantitativos y aspectos cualitativos, así como propuestas de técnicas a utilizar.

Plan de tratamiento

Los tratamientos que se imparten en el Programa tienen como referencia un plan general dividido en tres niveles de atención que se describirán a continuación.

Cabe señalar que el tratamiento que se brinda a los pacientes no necesariamente

debe incluir todos los niveles. Esto dependerá de las necesidades específicas de cada uno. Pero es importante contemplar todo este esquema ya que sirve de guía para la estructuración de las intervenciones.

Primer Nivel de Tratamiento: Educación para la Salud

La educación para la salud es definida como la adquisición de cierto grado de conocimientos y habilidades acerca de la enfermedad y su tratamiento. Es elemento fundamental en el tratamiento de las enfermedades físicas, ya que puede existir un déficit en cuanto a la información del padecimiento se refiere que ocasiona en el paciente la sensación de tener poco o nulo control sobre su padecimiento porque desconoce los factores que están influyendo en el desarrollo del mismo.

Por otra parte, pueden presentarse algunas ideas irracionales en relación a la enfermedad que estén obstaculizando una adecuada adherencia a los tratamientos médicos, la cual es definida (Latorre y Beneit, 1992) como “una implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo, con el fin de producir un resultado preventivo o terapéutico deseado”. Esta incluye visitas médicas, toma de medicamentos, conductas adecuadas en el estilo de vida (alimentación, ejercicio, control emocional) y evitar conductas de riesgo (beber, fumar, etc.).

Con la información científica expuesta por el terapeuta de manera clara y sencilla el paciente puede formularse expectativas más realistas sobre su padecimiento y

sobre la forma en que él puede controlar algunas situaciones. Además este proceso educativo incrementa la motivación en el paciente ya que, teniendo más conocimientos, estará dispuesto a colaborar de forma activa en su tratamiento.

Técnicas:

Exposición

Es una técnica de enseñanza indispensable en este nivel. A través de ella se transmite información vital para el paciente. La exposición debe tener las siguientes características (Rodríguez, 2000):

- Ofrecer información clara y simple, evitando dentro de lo posible la jerga medica y revisando la comprensión del paciente durante el proceso de explicación (“¿He sido claro?”).
- Usar recomendaciones específicas con ejemplos concretos (“no coma alimentos grasosos como el mole o quesadillas”).
- Señalar primero las cosas importantes. La investigación sugiere que lo que se dice primero se recuerda mejor.
- Emplear la repetición, principalmente cuando el nivel educativo es bajo.
- Resumir. El resumen debe ser breve y repetir los principales puntos acordados en un lenguaje inequívoco y claro. También se puede pedir a los pacientes que repitan las instrucciones del terapeuta para asegurarse de que hay una comprensión compartida.
- Categorizar la información para reducir la complejidad y ayudarlo a recordar. Cuando la información a transmitir sea compleja deberá ser claramente dividida

en unidades manejables que sean fácilmente señaladas para el paciente usando indicadores (“Entonces hay que recordar, primero. . . segundo. . . tercero. . .”).

- Usar herramientas. Es conveniente utilizar imágenes para poder transmitir la información de forma mas amena y facilitando la memorización de la información.

Biblioterapia

Se recomiendan algunas lecturas relacionadas con el tema de salud a tratar, o bien, si el nivel educativo del paciente no está a la altura de las lecturas, el terapeuta elabora folletos informativos que proporciona al paciente sobre su padecimiento.

Segundo Nivel de Tratamiento:

Entrenamiento Social para el Cuidado de la Salud

En ocasiones se requiere de adiestrar a los pacientes en habilidades sociales que permitan incrementar el apoyo de otras personas en el control de su enfermedad.

Entrenamiento en habilidades de comunicación paciente-servicio médico

Se ha encontrado que la comunicación paciente-médico en la actualidad está muy deteriorada y este hecho afecta de forma considerable la adherencia a los tratamientos médicos (Rodríguez, 2000). Los factores que intervienen en la comunicación paciente-médico (Latorre y Beneit, 1992) son:

- **Percepción de sí mismo:** La imagen que una persona tiene de sí misma se pone en peligro siempre que se establece una relación interpersonal, por lo que es importante comprender como el paciente se percibe a sí mismo y a la situación. El temor de poner de manifiesto su ignorancia o su incompetencia puede ser un factor que interfiera en la comunicación. Las personas se encuentran motivadas para dar una buena impresión y tratan de que los demás les consideren como personas competentes. Por ello los pacientes no preguntan si no han entendido cualquiera de las explicaciones y temen expresar sus ideas y temores.
- **Percepción de los demás:** La imagen de los trabajadores de la salud ante los pacientes interviene en la comunicación eficaz. Los pacientes consideran que en las instituciones de salud existe escasez de personal, los médicos están sobrecargados de trabajo y se espera que sean buenos pacientes, dispuestos a colaborar, poco exigentes e independientes. De esta forma no defienden su derecho a la información, comunicación y a la participación de sus propios cuidados.
- **Influencia del contexto:** Los centros de salud generalmente están excedidos en cuanto a la asistencia de pacientes y el equipo médico se comunica solo con personas que tienen el mismo rango (por lo que es difícil una comunicación interdisciplinaria), lo que contribuye a que la comunicación efectiva se vea aún mas obstaculizada.

Como terapeutas se debe evaluar cada uno de estos factores para aplicar las técnicas dirigidas a mejorar este proceso de comunicación del paciente con el servicio médico.

Entrenamiento en habilidades para obtener apoyo social

El apoyo social es definido como la variedad de material y soporte emocional que una persona recibe de otros. Existe evidencia que los pacientes con un mayor soporte social tienden a vivir más que los que se encuentran aislados, esto se encuentra principalmente asociado al manejo del estrés, ya que el soporte social al parecer actúa como un protector (Brannon y Feist, 1997).

A veces se requiere que el paciente sea llevado a las instituciones de salud, se tenga una supervisión cercana del seguimiento de las instrucciones médicas (especialmente en adultos mayores) o sea auxiliado en sus labores cotidianas (cuidado del hogar y de los hijos). En ocasiones es importante entrenar al paciente en búsqueda de instituciones que lo auxilien en el tratamiento de su padecimiento, por lo que se necesita de la generación de alternativas para conseguir tal apoyo.

Tercer Nivel de Tratamiento: Afrontamiento a la Enfermedad

Algunos pacientes con historias de problemas psicológicos incrementan su vulnerabilidad para desarrollar complicaciones como resultado del diagnóstico de una enfermedad crónica. Esto puede ocurrir al diagnosticarla y/o durante el curso de la enfermedad en respuesta a los elementos de tratamiento o eventos que

intervienen durante el curso de la enfermedad. Hay otro grupo de pacientes para los cuales el problema médico confiere una vulnerabilidad psicológica para experimentar problemas provocados por otros eventos de la vida. También se ha reconocido que los problemas psicológicos pueden provocar trastornos físicos. Se ha aceptado que las funciones físicas y psicosociales de los pacientes con las mismas condiciones médicas varían ampliamente. Esto depende de la representación de la enfermedad elaborada por el paciente, y esta representación influye en las reacciones emocionales a los síntomas y conductas de autocuidado.

Los pacientes con una percepción negativa de su enfermedad tienden a la depresión. Los pacientes que ven a su enfermedad como seria, crónica e incontrolable tienden a ser mas pasivos, con menos habilidades, pobre funcionamiento social y problemas de salud mental (White, 2001).

Se ha enfatizado la importancia que tiene el significado que le da el paciente a la enfermedad como elemento en el entendimiento de la psicopatología. Se sugiere que los trastornos psicológicos están asociados a la presencia de significados de indeseable o doloroso. La idea que el significado es central en el ajuste a la enfermedad física empieza a utilizarse en la psicología de la salud. Los pacientes buscan darle un significado a su enfermedad para entender la experiencia y situación con sus esquemas cognitivos.

Se ha sugerido que los terapeutas necesitan entender la estructura cognitiva interpretativa de los cuales los pacientes derivan significados de sus experiencias

y es importante que las intervenciones psicológicas lo tengan en cuenta para que sean efectivas.

Entender los significados asociados al diagnóstico y manejo de los problemas médicos crónicos es crucial cuando se aplica la terapia cognitivo conductual a los problemas que encaran los pacientes. El conjunto de consecuencias por padecer una enfermedad crónica es en ocasiones entendida por el paciente en función de sus creencias y suposiciones acerca del mundo en el cual vive.

Entre las técnicas que se pueden utilizar se encuentra las cognitivo-conductuales como: Entrenamiento en el manejo de la ansiedad Técnicas de relajación, relajación progresiva, reestructuración cognitiva; etc, así como el entrenamiento en habilidades sociales.

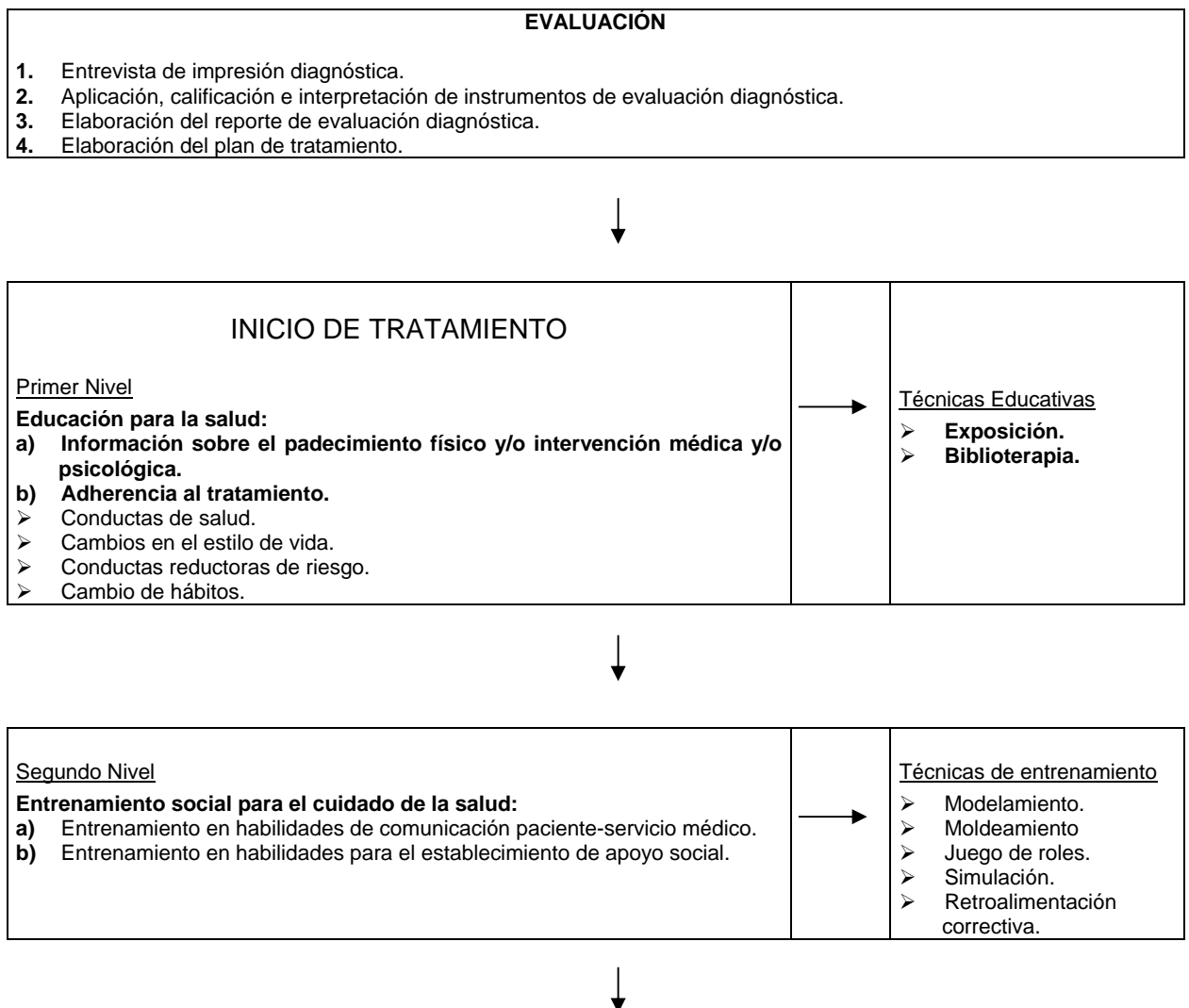
Seguimiento

Dependiendo de los tratamientos implementados se programan periodos de supervisión de los cambios emitidos por el paciente, con el objetivo de prevenir y/o intervenir en las recaídas. Se programan citas a un mes de alta del tratamiento o llamadas telefónicas que evalúan el estado del paciente mediante una corta entrevista de evaluación.

Con todo lo anteriormente mencionado podemos decir que es así como la Psicología o ciencia del comportamiento, dispone de un bagaje conceptual y

tecnológico apropiado para hacer frente a todas las demandas de salud de nuestra sociedad, pues cuenta con la capacidad apropiada para analizar, explicar y comprender los comportamientos asociados con la salud e intervenir sobre ellos. No nos queda más remedio que recurrir a ella como una disciplina básica si pretendemos afrontar eficientemente los retos que nos plantean, en el campo de la salud, los nuevos patrones de morbilidad con más incidencia y prevalencia (Citado en Acosta, 2003). (Ver figura No. 2):

Fig. No. 2: Modelo de Atención Psicológica a Enfermo Crónico-Degenerativos



<p><u>Tercer Nivel</u></p> <p>El afrontamiento a la enfermedad: incapacidad y muerte (modelo de autorregulación):</p> <p>a) Reacciones emocionales: ansiedad, depresión, miedo, angustia e ira.</p> <p>➤ Búsqueda y conservación de una autoimagen satisfactoria.</p> <p>➤ Creencias sobre la enfermedad.</p> <p>b) Reacciones adaptativas</p> <p>➤ Hacer frente al dolor e incapacidad.</p> <p>➤ Preservar las relaciones familiares y sociales</p> <p>➤ Solución de problemas y toma de decisiones para un futuro incierto.</p>	→	<p><u>Técnicas de intervención</u></p> <p>➤ Manejo de ansiedad.</p> <p>➤ Habilidades sociales.</p> <p>➤ Desensibilización sistemática.</p> <p>➤ Manejo de contingencias.</p> <p>➤ Terapia racional emotiva.</p> <p>➤ Solución de problemas y toma de decisiones.</p> <p>➤ Biorretroalimentación.</p> <p>➤ Contracondicionamiento encubierto.</p> <p>➤ Autocontrol.</p>
---	---	---

2.11 Programa de intervención Cognitivo-Conductual para la Adherencia al Tratamiento en Pacientes con Hipertensión Arterial

El Programa Cognitivo-Conductual para la Adherencia al Tratamiento en Pacientes con Hipertensión Arterial, está basado en su estructura en el Modelo de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos creado por la Psic. Rebeca Sánchez Monroy, s. a. (citado en Acosta, 2003). Este modelo considera tres niveles de intervención con sus respectivos métodos y objetivos, aunado a una evaluación anterior, durante y posterior al tratamiento; las bases conceptuales para dicha intervención están dadas bajo el marco cognitivo conductual. A continuación se describe cada uno de los niveles con sus respectivas sesiones, así como las técnicas utilizadas:

La primer sesión está diseñada para la presentación y bienvenida de los pacientes e instructores al Programa, así mismo se llevará acabo el proceso de evaluación,

la cual incluye la aplicación, calificación e interpretación de diversos instrumentos entre ellos: la entrevista de impresión diagnóstica, el Inventario de Ansiedad (Aaron Beck), el Cuestionario de Agresión (Buss y Perry, 1992), la Escala de Adherencia terapéutica, registros de actividades y toma de presión arterial, además la elaboración del reporte de evaluación diagnóstica.

Todo esto, con la finalidad de obtener información sobre el padecimiento, es decir, cómo fue iniciado, cómo se ha mantenido, las posibles estrategias para su mejoría, las formas en las que es posible prevenir su ocurrencia futura y las variables que deben ser monitoreadas para evaluar el impacto de la intervención; con ello se hará posible la elaboración de un plan de tratamiento.

Posteriormente, obtenidos los resultados de la evaluación, se aplica el primer nivel del ECD en la 2ª, 3ª, 4ª y 5ª sesión, donde se hace referencia a la educación para la salud, dichas sesiones incluyen información general sobre el padecimiento, los efectos colaterales de los medicamentos y estrategias para una mejor administración de los mismos, la alimentación y su relación con el nivel de presión arterial y la importancia de llevar a cabo una rutina de ejercicio; teniendo como apoyo la aplicación de técnicas educativas como, la exposición y la biblioterapia.

El segundo nivel hace alusión al entrenamiento social para el cuidado social y consta de dos sesiones, siguiendo el orden de cada una de ellas; la 6ª sesión incluye el entrenamiento en habilidades de comunicación paciente-servicio médico y la 7ª sesión en habilidades para el establecimiento de apoyo social, utilizando

como técnicas de entrenamiento: modelamiento, moldeamiento, role playing, retroalimentación correctiva, etc.

El tercer y último nivel hace referencia al afrontamiento de la enfermedad, y donde se hace ya una intervención meramente psicológica, ya que se abordan las reacciones emocionales: ansiedad, el factor ira-agresión-hostilidad, así mismo las creencias sobre la enfermedad, solución de problemas y toma de decisiones para un futuro incierto, también se incluye la aplicación y el entrenamiento en relajación progresiva y respiración profunda, aplicando técnicas de intervención como: terapia racional emotiva, solución de problemas y toma de decisiones, autocontrol, etc., todo lo anterior durante la 8ª, 9ª, 10ª, 11ª, 12ª sesión.

Finalmente en las últimas dos sesiones, se lleva a cabo la evaluación postratamiento aplicando los siguientes instrumentos: el Inventario de Ansiedad (Aaron Beck), el Cuestionario de Agresión (Buss y Perry, 1992), con el objetivo de evaluar los efectos del programa de intervención y la retroalimentación por parte de los pacientes. Así mismo se concluye con una reunión de despedida, donde los pacientes convivan como miembros del grupo; 13ª y 14ª sesión respectivamente.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

Esta investigación fue apoyada por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y la colaboración de la Unidad Médica Familiar No.62 ubicado en la Colonia Itson en la ciudad de Navojoa, Sonora. Según la clasificación de Sierra Bravo (1995), el tipo de esta investigación fue, de acuerdo a su fin, aplicada; según su alcance temporal, transversal; por su profundidad, fue explicativa; según su carácter, cualitativa-cuantitativa, según su escenario de campo; y el diseño utilizado en la investigación fue, cuasi-experimental de muestra cronológica.

3.1 Sujetos

Los sujetos que participaron dentro de esta investigación, se eligieron a partir de la aplicación de una serie de entrevistas, planeadas en conjunto con las asistentes de la UMF No.62 del IMSS. Se tomó una muestra de 10 sujetos considerando que era un número adecuado por ser un programa piloto, así como por las condiciones en las que se aplicaría el programa y considerando los siguientes criterios básicos de inclusión y de exclusión:

Criterios de inclusión: sujetos diagnosticados como hipertensos, con edades que oscilan entre los 35 y 60 años, de ambos sexos, pudieron ser o no derechohabientes del IMSS.

Criterios de exclusión: sujetos con hipertensión de bata blanca, que no contaran con la edad requerida, ni personas que no supieran leer y escribir, así como sujetos que no tenían la disposición de participar en el programa o que ya formaran parte de otro grupo de intervención, además de sujetos que padecieran otra enfermedad crónico degenerativa.

3.2 Materiales

Se emplearon distintos instrumentos de evaluación según las distintas variables dependientes a medir:

Se utilizó un cuestionario en hipertensión arterial con un total de 50 preguntas, contando con un encabezado con los datos de identificación generales del

paciente como: nombre del paciente, edad, sexo, dirección, estado civil, ocupación, escolaridad, número de integrantes en la familia, ingresos socioeconómicos, tiempo de aparición y padecimiento de otras enfermedades. Así mismo el cuestionario recaba información de otras áreas entre las cuales se encuentran: impacto emocional de la enfermedad (R 1,2 y 3); atención médica (R 4,5,6,7 y 8); medicamentos (R 9,10, 11,12,13,14 y 15); ejercicio físico (R 16, 17, 18, 19 y 20); alimentación (R 21, 22, 23, 24, 25, 26 y 27); automonitoreo (R 28, 29, 30, 31 y 32); reacción de la familia (R 33, 34, 35, 36, 37 y 38); problemas laborales (R 39, 40, 41 y 42); complicaciones (R 43) y conocimiento de la enfermedad (R 44, 45, 46, 47, 48, 49 y 50), con diferentes opciones de respuesta como de opción múltiple, dicotómicas y abiertas, todo con el fin obtener información de la situación actual del paciente. Este cuestionario se realizó por las autoras de esta investigación para fines de la misma contemplando las distintas áreas que el modelo utilizado toma en cuenta, en relación con el padecimiento.

El Cuestionario de Agresión de Buss y Perry (1992), adaptado en población española por José Manuel Andreu Rodríguez, M^a Elena Peña Fernández y José Luis Graña Gómez (2001), (Universidad Complutense de Madrid y CES San Pablo – CEU). Para lo cual se llevó a cabo un piloteo para su estandarización en la población de Navojoa, Sonora, con un total de 150 sujetos hombres y mujeres de edad adulta, se corrió un análisis de estabilidad temporal a través del paquete estadístico SPSS versión 11.0, obteniéndose un alpha de Crombach de 0.86, para todo el instrumento.

Este instrumento mide el factor ira, hostilidad y agresividad física y verbal, está compuesto por 29 ítems que hacen relación a conductas y sentimientos agresivos. Estos 29 ítems están codificados en una escala tipo Likert de cinco puntos (1: completamente falso para mí; 2: bastante falso para mí; 3: ni verdadero ni falso para mí; 4: bastante verdadero para mí; 5: completamente verdadero para mí) y se estructuran en cuatro sub-escalas denominadas: *agresividad física*, compuesta por nueve ítems, *agresividad verbal*, compuesta por cinco ítems, *ira*, compuesta por siete ítems y, finalmente, *hostilidad*, compuesta por ocho ítems. Para una mayor comprensión se hizo una modificación en las opciones de respuesta quedando de la siguiente manera: (1: completamente en desacuerdo; 2 en desacuerdo; 3 ni en acuerdo ni desacuerdo; 4 de acuerdo; 5 completamente de acuerdo).

Para la evaluación de este instrumento se les asignó un valor desde 1, 2, 3, 4 y 5 de manera correspondiente, siendo la sumatoria de todos los ítems el resultado según el nivel al que corresponda como podría ser mínima, leve, moderada y severa.

También se utilizó el instrumento de medición en la versión Mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) compuesto por 21 ítems, cada uno es calificado en una escala de 4 puntos en donde 0 significa “poco o nada” y 3 “severamente” del síntoma en cuestión.

Según Robles, Varela, Jurado y Páez (2001), para determinar las propiedades psicométricas del BAI en población mexicana, se llevaron a cabo cuatro

estudios. En el primero de ellos se tradujo y probó el instrumento en una muestra piloto de estudiantes universitarios. Posteriormente se replicó el análisis de consistencia interna y validez factorial del instrumento en una muestra de población abierta de 1000 sujetos. En un tercer estudio se determinó la confiabilidad Test retest y la validez convergente del BAI con base en la correlación de este con el inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE). Para finalizar, se compararon las puntuaciones medias del BAI entre pacientes con trastornos de Ansiedad y sujetos voluntarios sanos. La versión mexicana del BAI demostró una alta consistencia interna (alphas de .84 y .83, en estudiantes y adultos respectivamente), alta confiabilidad Test retest ($r=.75$), validez convergente adecuada (los índices de correlación entre el BAI y el IDARE fueron moderados, positivos y con una $p < .05$), y una estructura factorial de cuatro factores principales congruente con la reportada por otros autores con la versión original, que aunada a la diferencia notable entre las puntuaciones promedio en el BAI de pacientes con trastornos de ansiedad y sujetos normales ($t= -19.11$, $p < .05$), sitúa a este instrumento como una medida válida de sintomatología ansiosa en población mexicana.

Asimismo se utilizó una escala de adherencia terapéutica, dicha escala fue diseñada en particular para un estudio realizado en la Cd. de México con 100 pacientes diabéticos. El análisis estadístico correspondiente arrojó una confiabilidad de 0.9205. Este instrumento contiene 25 ítems con los cuales se evalúa en qué porcentaje sigue las indicaciones el paciente, respecto a: medicamentos, análisis, consultas, dietas, ejercicio, cuidados, y la importancia del médico que trata al paciente. Las opciones de respuesta van de 0%, 25%,

50%, 75% y 100%, según sea el caso (Nava, Soria, Vega y Anguiano; instrumento inédito), (2005).

Para la evaluación de este instrumento, se le asignó un valor a cada respuesta el cual podía ser 0, 1, 2, 3, 4, siendo la sumatoria de todos los ítems el resultado según el nivel al que corresponda como podría ser poca, moderada, buena y excelente.

La presente investigación se realizó dentro de las instalaciones del Instituto Tecnológico de Sonora, Unidad Sur de Navojoa, Sonora, en aulas asignadas y acondicionadas con equipo de apoyo como: proyector de acetatos, cañón, pizarrón, computadora, grabadora; etc.

3.3 Procedimiento

Primeramente, se realizó un piloteo para la estandarización del instrumento de agresión, el cual se llevó a cabo con personas de ésta ciudad. Posteriormente se ingresaron los resultados al paquete estadístico (SPSS) versión 11.0, obteniéndose un alpha de Crombach de 0.86.

Después, se asignó al Instituto Mexicano del Seguro Social de Navojoa, Sonora, en particular con el responsable de las Unidades Médicas Familiar el Dr. Roberto Acosta para solicitar el apoyo de la Unidad Médica Familiar No.62, para la aplicación del programa con pacientes pertenecientes a la misma.

Posteriormente, se realizó un muestreo intencional no probabilístico para el para elegir a los pacientes que participarían en la investigación. En ese momento se les aplicaba el cuestionario sobre hipertensión arterial para conocer la situación actual de cada paciente, esto se realizó a modo de entrevista.

Una vez reclutados los sujetos se acudió tres veces al día durante 10 días a la casa de cada uno de los pacientes para obtener los datos de su presión arterial y establecer una línea base, además de una postmedición realizada al finalizar el programa acudiendo el mismo número de veces a la casa de los pacientes pero solo por 5 días.

Una vez realizada la línea base, se les cito a los participantes en el Instituto Tecnológico de Sonora, en el aula asignada para la intervención, el día acordado que daría inicio al programa, procediendo a así a la aplicación de los distintos instrumentos, llevándose a cabo también una postmedición al concluir el programa.

Primeramente se les tomó la medición de su presión arterial a cada paciente, después se les entregaba el instrumento de Adherencia, al momento se les pedía que siguieran las instrucciones que venían escritas en el instrumento y se les indicaba que procedieran a contestarlo, pidiéndoles que externaran las dudas que surgieran en ese momento.

Se siguió este mismo procedimiento para la aplicación del inventario de Ansiedad de Beck y el Cuestionario de Agresión de Buss y Perry. Al terminar se les agradecía su participación y colaboración.

La aplicación de estos instrumentos también se realizó al finalizar el programa de intervención.

Después se procedió a la aplicación del programa de intervención, el cual consistió en 14 sesiones semanales con una duración de una hora y media cada una, llevándose a cabo en el Instituto Tecnológico de Sonora y el cual se describe a continuación:

El Programa Cognitivo-Conductual para la Adherencia al Tratamiento en Pacientes con Hipertensión Arterial, está basado en su estructura en el Modelo de Atención Psicológica a Enfermos Crónico Degenerativos creado por la Psic. Rebeca Sánchez Monroy (s. a.), citado en Acosta (2003). Este modelo considera tres niveles de intervención con sus respectivos métodos y objetivos, aunado a una evaluación anterior, durante y posterior al tratamiento; las bases conceptuales para dicha intervención están dadas bajo el marco cognitivo conductual. A continuación se describe cada uno de los niveles con sus respectivas sesiones, así como las técnicas utilizadas, el número de sesiones se determinó en base a que se cubrieran todos los niveles del modelo de ECD retomando cada uno de los temas en cuanto a las variables que se desean medir y cuidando cada uno de los aspectos de la terapia psicológica:

La primer sesión está diseñada para la presentación y bienvenida de los pacientes e instructores al Programa, así mismo se llevará acabo el proceso de evaluación, la cual incluye la aplicación, calificación e interpretación de diversos instrumentos entre ellos: la entrevista de impresión diagnóstica, el Inventario de Ansiedad (Aaron Beck), el Cuestionario de Agresión (Buss y Perry), registros de actividades y toma de presión arterial, además la elaboración del reporte de evaluación diagnóstica.

Todo esto, con la finalidad de obtener información sobre el padecimiento, es decir, cómo fue iniciado, cómo se ha mantenido, las posibles estrategias para su mejoría, las formas en las que es posible prevenir su ocurrencia futura y las variables que deben ser monitoreadas para evaluar el impacto de la intervención; con ello se hará posible la elaboración de un plan de tratamiento. Posteriormente, obtenidos los resultados de la evaluación, se aplica el primer nivel del ECD en la 2ª, 3ª, 4ª y 5ª sesión, donde se hace referencia a la educación para la salud, dichas sesiones incluyen información general sobre el padecimiento, los efectos colaterales de los medicamentos y estrategias para una mejor administración de los mismos, la alimentación y su relación con el nivel de presión arterial y la importancia de llevar a cabo una rutina de ejercicio; teniendo como apoyo la aplicación de técnicas educativas como, la exposición y la biblioterapia.

El segundo nivel hace alusión al entrenamiento social para el cuidado social y consta de dos sesiones, siguiendo el orden de cada una de ellas; la 6ª sesión incluye el entrenamiento en habilidades de comunicación paciente-servicio

médico y la 7ª sesión en habilidades para el establecimiento de apoyo social, utilizando como técnicas de entrenamiento: modelamiento, moldeamiento, rol playing, retroalimentación correctiva, etc.

El tercer y último nivel hace referencia al afrontamiento de la enfermedad, y donde se hace ya una intervención meramente psicológica, ya que se abordan las reacciones emocionales: ansiedad, el factor ira-agresión-hostilidad, así mismo las creencias sobre la enfermedad, solución de problemas y toma de decisiones para un futuro incierto, también se incluye la aplicación y el entrenamiento en relajación progresiva y respiración profunda, aplicando técnicas de intervención como: terapia racional emotiva, solución de problemas y toma de decisiones, autocontrol, etc., todo lo anterior durante la 8ª, 9ª, 10ª, 11ª y 12ª sesión.

Finalmente en las últimas dos sesiones, se lleva a cabo la evaluación postratamiento aplicando los siguientes instrumentos: el Inventario de Ansiedad (Aaron Beck), el Cuestionario de Agresión (Buss y Perry), con el objetivo de evaluar los efectos del programa de intervención y la retroalimentación por parte de los pacientes. Así mismo se concluye con una reunión de despedida, donde los pacientes convivan como miembros del grupo; 13ª y 14ª sesión respectivamente.

Se realizó un análisis descriptivo con medias de tendencia central (media, mediana y moda) y dispersión (desviación estándar).

Después de haber culminado el programa de intervención se programarán algunas reuniones con los pacientes para compartir experiencias sobre el proceso de su enfermedad.

Las sesiones impartidas en el Programa de Intervención de esta investigación se han descrito para una mayor comprensión (Ver anexo).

CAPITULO IV

RESULTADOS

Los resultados obtenidos en esta investigación se obtuvieron de un análisis descriptivo a través de la aplicación de distintos instrumentos para evaluar el nivel de adherencia y control de los valores de presión arterial en pacientes hipertensos en la Cd. de Navojoa, Sonora. Los instrumentos aplicados fueron un cuestionario de Hipertensión arterial, la Escala de Adherencia Terapéutica, el Cuestionario de Agresión, el Inventario de Ansiedad, los registros de conductas y emociones, así como las mediciones de presión arterial antes, durante y después del tratamiento. Como variables dependientes a medir se encuentran: Hipertensión Arterial, Adherencia terapéutica, Ansiedad y Agresión, y la variable Independiente que fue el Programa de Intervención aplicado a los pacientes hipertensos.

4.1 Estadística Descriptiva

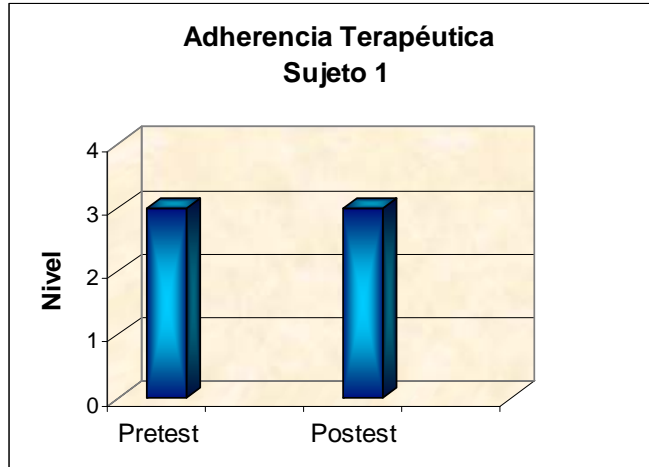
Es importante mencionar que al inicio de esta investigación se contaba con 10 sujetos participantes, de los cuales por distintos motivos no se pudieron incluir todos en los resultados, ya que algunos no concluyeron la intervención, y de otros no se tiene los suficientes datos. Es así que solo se muestran los resultados de 4 sujetos los cuales pudieron terminar satisfactoriamente el programa de intervención.

Sujeto 1:

Paciente femenina, 51 años de edad, alfabeta, originaria y residente de la Ciudad de Navojoa, Son., católica, casada y con cuatro hijos, se dedica al hogar. Se le diagnostica Hipertensión Arterial hace 7 años.

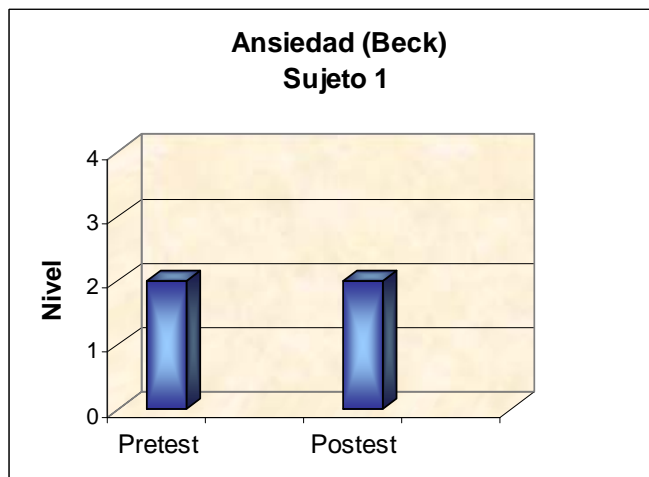
A continuación se detallan los resultados obtenidos en la aplicación de la Escala de Adherencia Terapéutica.

Los resultados obtenidos indican que en la primera medición (pretest) el paciente presentó un nivel de adherencia bueno con una puntuación de 58; no mostrando diferencia significativa en la segunda medición (postest) ya que se obtuvo el mismo puntaje, es decir se mantuvo en el mismo nivel antes y después del tratamiento (Ver Gráfica 1).



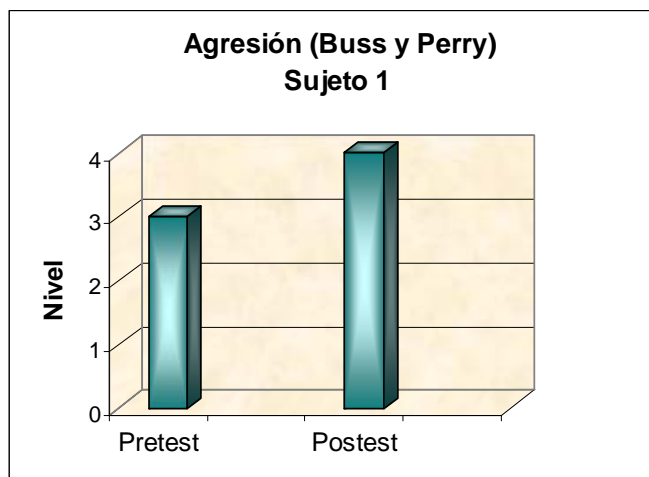
Gráfica No. 1 Nivel de Adherencia Terapéutica

De acuerdo a los resultados obtenidos en la grafica 2 del Inventario de Ansiedad de Beck, en la primera medición (pretest) el paciente arrojó un puntaje de 15 correspondiente a un nivel leve de Ansiedad, en la medición posterior al tratamiento obtuvo una puntuación de 6, observándose una disminución en el puntaje manteniéndose en el mismo rango de Ansiedad (Ver Gráfica 2).



Gráfica No. 2 Nivel de Ansiedad

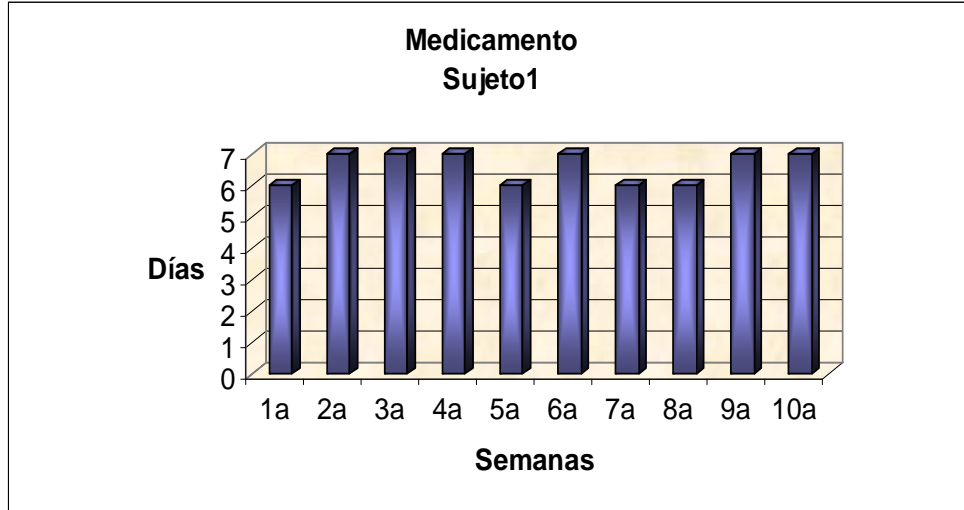
En relación con los resultados obtenidos en el Cuestionario de Agresión en la medición anterior al tratamiento el paciente presentó un nivel moderado de agresión con una puntuación de 71, mostrando cambios en la medición posttest pues resultó con una puntuación de 87 correspondiente a un nivel severo, es decir hubo un incremento en los niveles de agresión (Ver Gráfica 3).



Gráfica No. 3 Nivel de Agresión

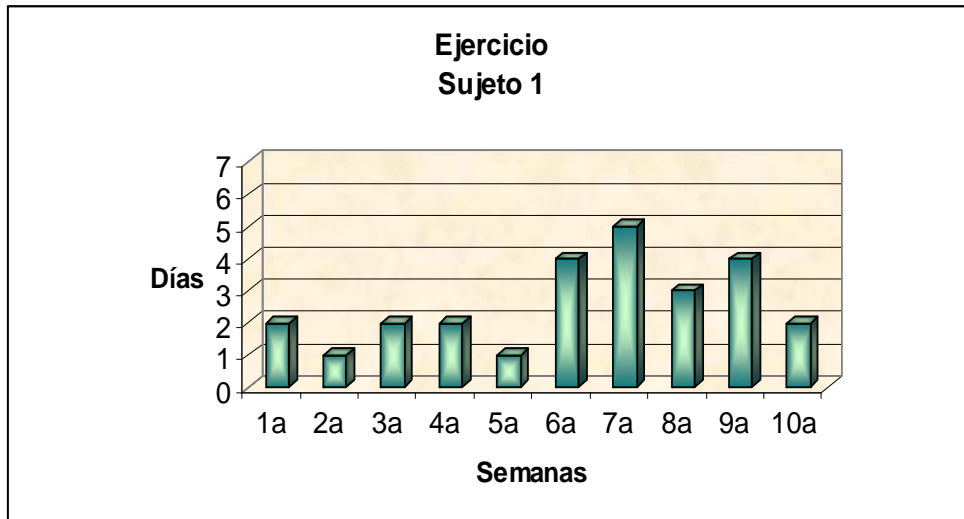
En relación a los registros de conductas, la siguiente gráfica hace mención a la toma de medicamento durante las semanas de intervención, donde se describe cuántos días de la semana el paciente tomó el medicamento.

El sujeto 1, en la 1ª semana, 6 días tomó el medicamento, en la 2ª, 3ª y 4ª semana cumplió con los 7 días, la 5ª semana nuevamente lo tomó durante 6 días, la 6ª semana lo tomó los 7 días, en la 7ª y 8ª semana lo tomó 6 días y por último en la 9ª y 10ª semana lo tomó los 7 días (Ver Gráfica 4).



Gráfica No. 4 Toma de Medicamento

En cuanto al aspecto de ejercicio, se registró cuantos días a la semana el paciente realizó actividad física, por lo que este sujeto en la 1ª semana 2 días realizó ejercicio, en la 2ª semana solo un día registró haber hecho ejercicio, en la 3ª y 4ª semana nuevamente 2 días realizó ejercicio, la 5ª semana solamente 1 día tuvo actividad física, la 6ª semana lo realizó durante 4 días, la 7ª semana hizo ejercicio durante 5 días, la 8ª semana 3 días realizó ejercicio, la 9ª semana 4 días y por último la 10ª semana 2 días hizo ejercicio (Ver Gráfica 5).



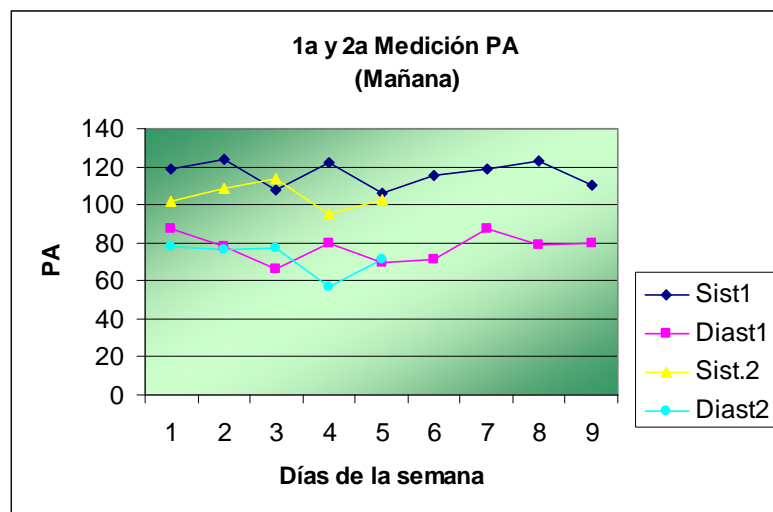
Gráfica No. 5 Realización de Ejercicio

Registro de Emociones

El sujeto 1 durante el tiempo de aplicación del programa de intervención en relación al registro de emociones que se le asignaba realizar de manera semanal, puntuó las emociones de preocupación, ansiedad y tristeza como las más frecuentes durante los distintos días de la semana.

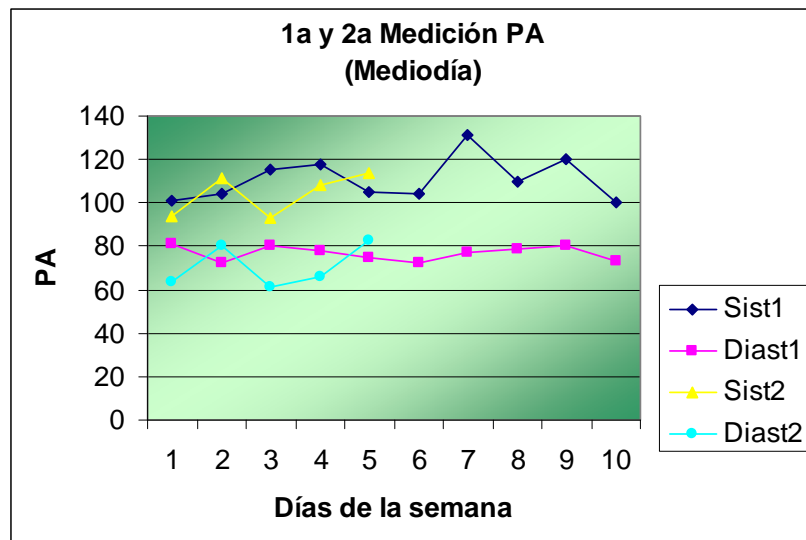
Registro de PA Pretest y Postest

Respecto a la toma de presión arterial durante la línea base que fue de diez días, se puede observar que la medición durante la mañana, las cifras de presión arterial del sujeto 1 en nueve de los diez días son las siguientes: 1º 119/87, 2º 124/78, 3º 108/66, 4º 122/80, 5º 106/70, 6º 115/71, 7º 119/87, 8º 123/79, 9º 110/80 sistólica y diastólica respectivamente; en cuanto a la medición postest que sólo fue de cinco días las cifras arrojadas fueron las siguientes: 1º 102/78, 2º 109/76, 3º 114/77, 4º 95/57, 5º 103/71 sistólica y diastólica respectivamente (Ver Gráfica 6).



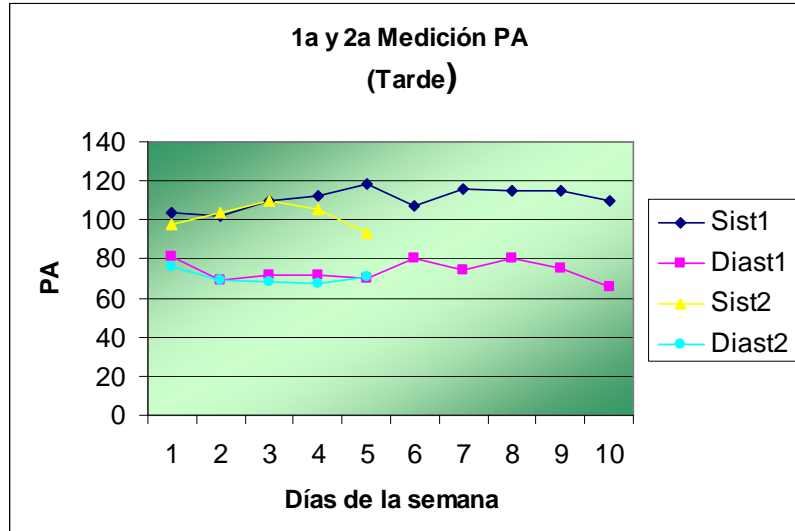
Gráfica No. 6 Nivel de Presión Arterial (Mañana)

En cuanto a la medición durante el mediodía se puede observar que las cifras de presión arterial en los diez días de la línea base son las siguientes: 1º 101/81, 2º 104/72, 3º 115/80, 4º 118/78, 5º 105/75, 6º 104/72, 7º 131/77, 8º 110/79, 9º 120/80, 10º 100/73 sistólica y diastólica respectivamente; en cuanto a la medición posttest las cifras de presión fueron las siguientes: 1º 94/64, 2º 111/80, 3º 93/61, 4º 108/66, 5º 114/83 sistólica y diastólica respectivamente (Ver Gráfica 7).



Gráfica No. 7 Nivel de Presión Arterial (Mediodía)

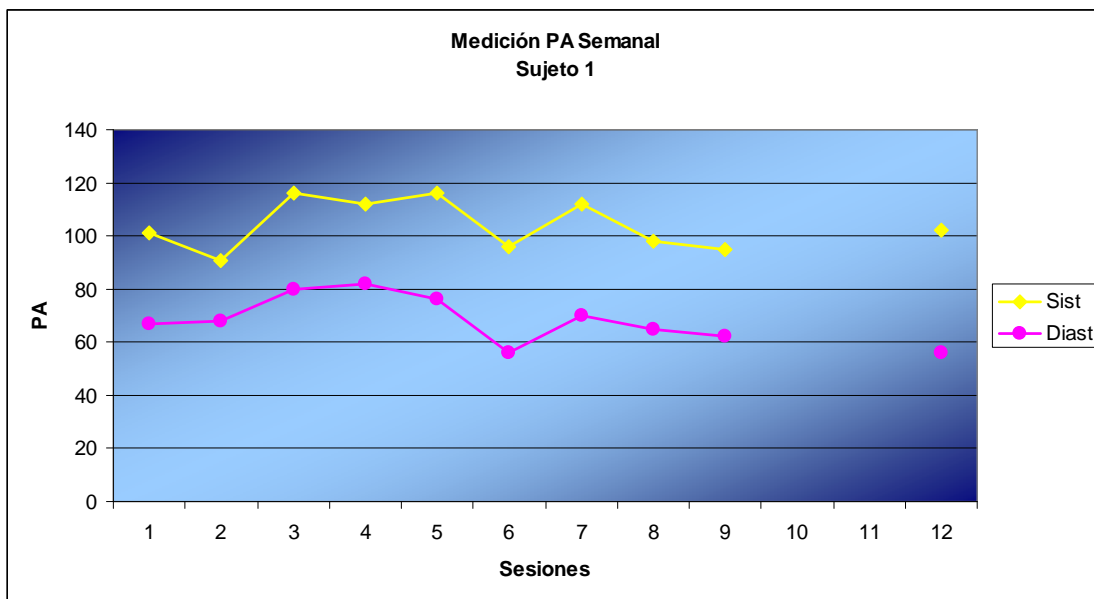
Por último en la medición durante la tarde las cifras de presión arterial en los diez días de la línea base son las siguientes: 1º 104/81, 2º 102/69, 3º 110/72, 4º 112/72, 5º 118/70, 6º 107/80, 7º 116/74, 8º 115/80, 9º 115/75, 10º 110/66 sistólica y diastólica respectivamente; en cuanto a la medición posttest las cifras de presión fueron las siguientes: 1º 98/76, 2º 104/69, 3º 110/68, 4º 105/67, 5º 93/71 sistólica y diastólica respectivamente (Ver Gráfica 8).



Gráfica No. 8 Nivel de Presión Arterial (Tarde)

Medición PA durante el tratamiento

En cuanto a la medición durante el tratamiento en el que se midió durante 12 sesiones se puede observar que las cifras de presión arterial son las siguientes: 1ª 101/67, 2ª 91/68, 3ª 116/80, 4ª 112/82, 5ª 116/76, 6ª 96/56, 7ª 112/70, 8ª 98/65, 9ª 95/62, 10ª 0/0, 11ª 0/0, 12ª 102/56 sistólica y diastólica respectivamente (Ver Gráfica 9).



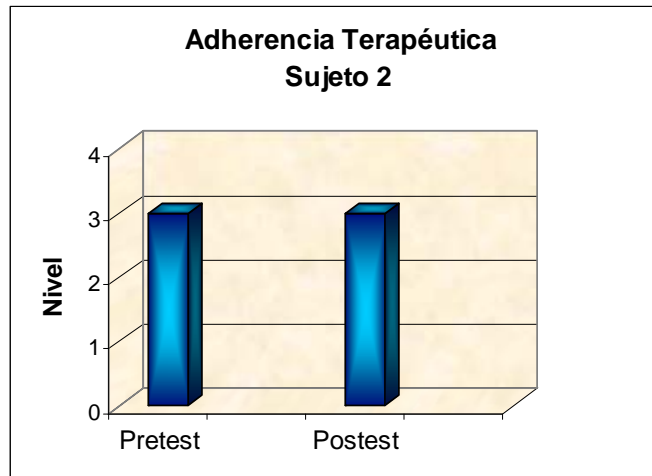
Gráfica No. 9 Nivel de Presión Arterial (Semanal)

Sujeto 2:

Paciente femenina, 47 años de edad, alfabeta, originaria y residente de la Ciudad de Navojoa, Son., católica, casada y con dos hijos, se dedica al hogar y atiende un abarrotes. Se le diagnostica Hipertensión Arterial hace 5 años, además sufre de Hipotiroidismo.

A continuación se detallan los resultados obtenidos en la aplicación de la Escala de Adherencia Terapéutica.

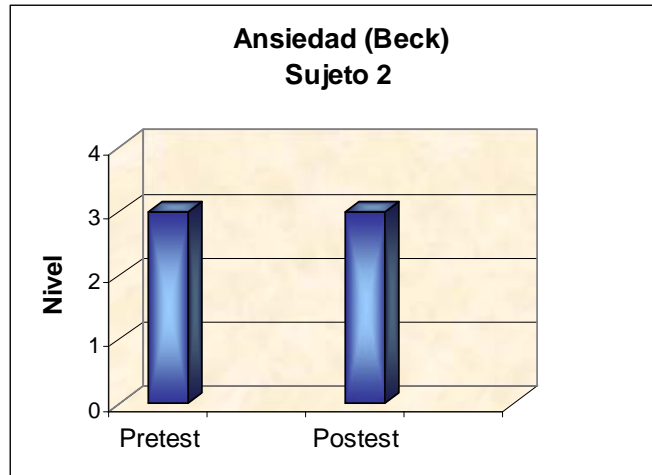
Los resultados obtenidos indican que en la primera medición (pretest) el paciente presentó un nivel de adherencia bueno con una puntuación de 50; no mostrando diferencia significativa en la segunda medición (postest) ya que obtuvo puntaje de 54, es decir, a pesar de que hubo modificaciones en la puntuación se mantuvo en el mismo nivel antes y después del tratamiento (Ver Gráfica 10).



Gráfica No. 10 Nivel de Adherencia Terapéutica

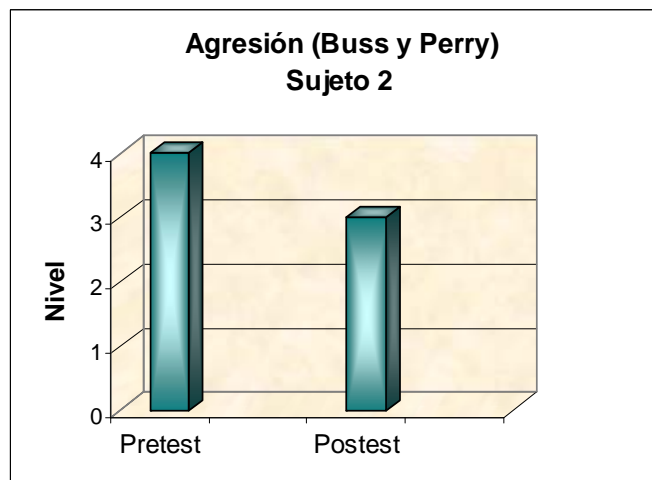
De acuerdo a los resultados obtenidos en la grafica 11 del Inventario de Ansiedad de Beck, en la primera medición (pretest) el paciente presentó un nivel leve de

Ansiedad con una puntuación de 20, en la medición posterior al tratamiento obtuvo una puntuación de 22, observándose un aumento en el puntaje pero se mantuvo en el mismo rango de Ansiedad (Ver Gráfica 11).



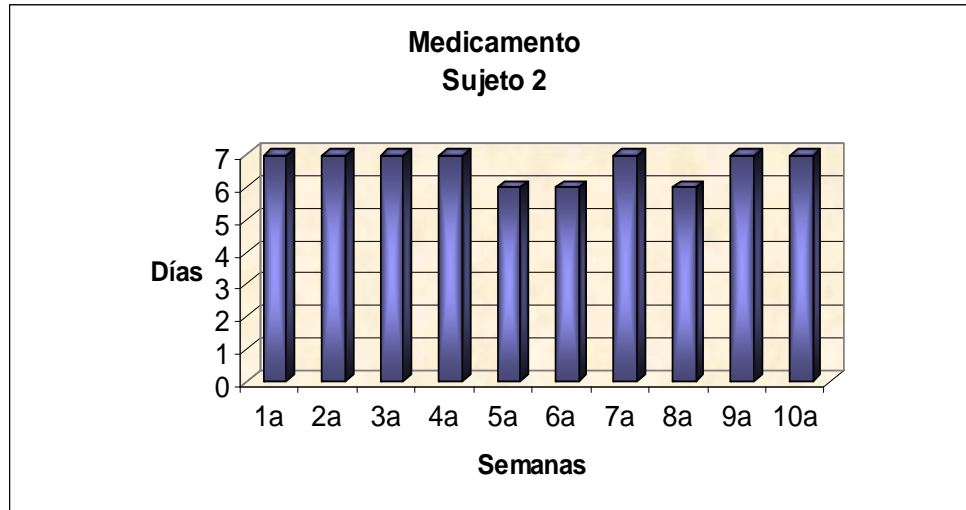
Gráfica No. 11 Nivel de Ansiedad

Los resultados obtenidos en el Cuestionario de Agresión en la medición anterior al tratamiento el paciente presentó un nivel severo de agresión con una puntuación de 78, mostrando cambios en la medición posttest pues resultó un puntaje de 67 correspondiente a un nivel moderado, es decir hubo una disminución en los niveles de agresión de este paciente (Ver Gráfica 12).



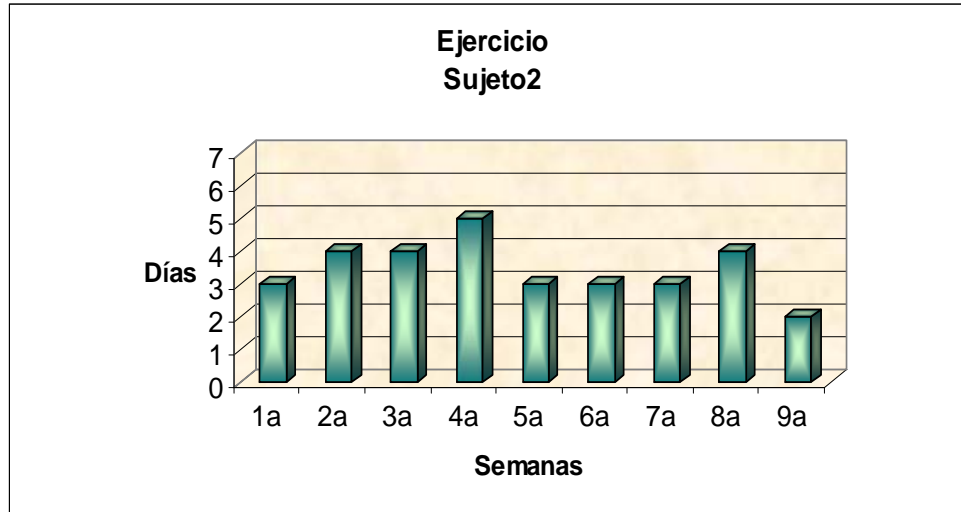
Gráfica No. 12 Nivel de Agresión

En la gráfica 13, en relación al registro de conductas en el aspecto de toma de medicamentos, se observa que en la 1ª, 2ª, 3ª y 4ª semana cumplió con los 7 días, en la 5ª y 6ª semana lo tomó durante 6 días, la 7ª semana lo tomó los 7 días, la 8ª semana lo tomó 6 días y por último en la 9ª y 10ª semana los 7 días tomó el medicamento (Ver Gráfica 13).



Gráfica No. 13 Toma de Medicamento

En la gráfica 14 en relación al registro de conductas en el aspecto de ejercicio, en la 1ª semana 3 días realizó ejercicio, en la 2ª y 3ª semana registró 4 días haber hecho ejercicio, la 4ª semana 5 días realizó ejercicio, la 5ª 6ª semana lo realizó durante 4 días, la 7ª semana hizo ejercicio durante 5 días, la 8ª semana 3 días realizó ejercicio, la 9ª semana 4 días y por último la 10ª semana 2 días hizo ejercicio (Ver Gráfica 14).



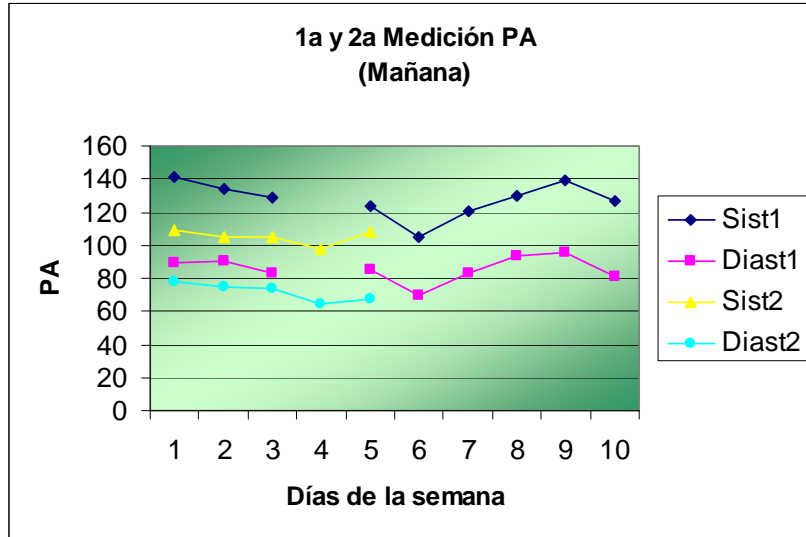
Gráfica No. 14 Realización de Ejercicio

Registro de emociones

Durante el tiempo de aplicación del programa de intervención en relación al registro de emociones que se le determinaba realizar de manera semanal, señaló sentir cansancio, tensión y estrés como las más frecuentes durante los distintos días de la semana.

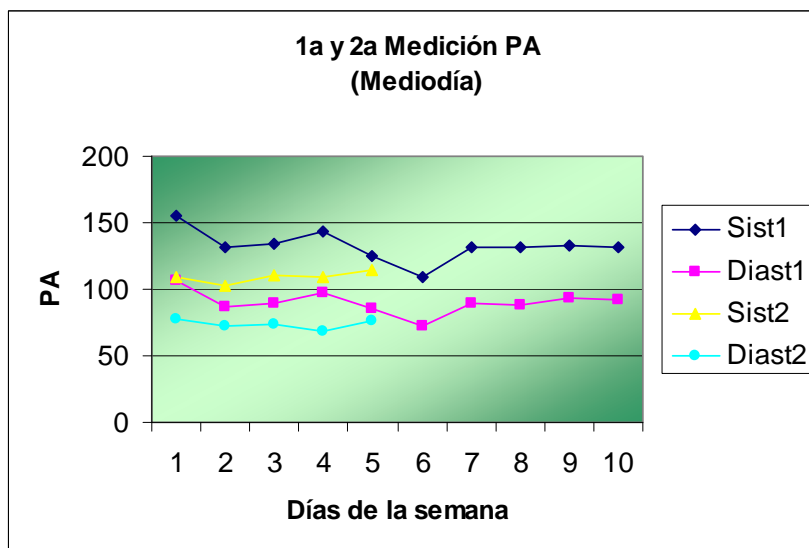
Registro de PA Pretest y Posttest

Respecto a la toma de presión arterial durante la línea base que fue de diez días, se puede observar que la medición durante la mañana, las cifras de presión arterial del sujeto 2 en nueve de los diez días son las siguientes: 1º 141/89, 2º 134/90, 3º 129/83, 4º 0/0, 5º 124/85, 6º 105/70, 7º 121/83, 8º 130/94, 9º 139/96, 10º 127/81 sistólica y diastólica respectivamente; en cuanto a la medición posttest las cifras arrojadas fueron las siguientes: 1º 109/78, 2º 105/75, 3º 105/74, 4º 98/64, 5º 108/68 sistólica y diastólica respectivamente (Ver Gráfica 15).



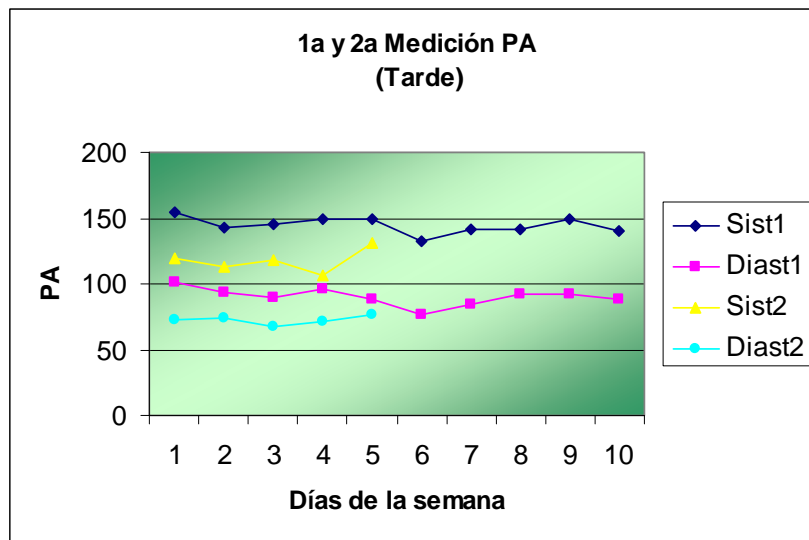
Gráfica No. 15 Nivel de Presión Arterial (Mañana)

En cuanto a la medición durante el mediodía se puede observar que las cifras de presión arterial en los diez días de la línea base son las siguientes: 1º 155/106, 2º 131/87, 3º 134/90, 4º 144/97, 5º 125/85, 6º 109/72, 7º 131/89, 8º 132/88, 9º 133/93, 10º 132/92 sistólica y diastólica respectivamente; en cuanto a la medición posttest las cifras de presión fueron las siguientes: 1º 109/77, 2º 103/73, 3º 110/74, 4º 109/69, 5º 115/76 sistólica y diastólica respectivamente (Ver Gráfica 16).



Gráfica No. 16 Nivel de Presión Arterial (Mediodía)

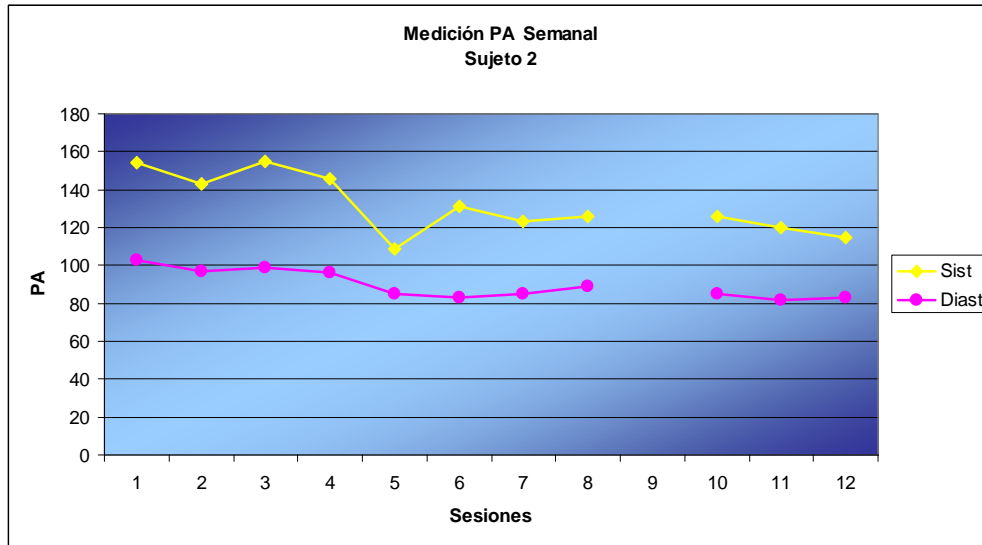
Por último en la medición durante la tarde las cifras de presión arterial en los diez días de la línea base son las siguientes: 1º 154/101, 2º 143/94, 3º 146/89, 4º 149/96, 5º 149/88, 6º 132/77, 7º 142/85, 8º 141/92, 9º 150/92, 10º 140/88 sistólica y diastólica respectivamente; en cuanto a la medición postest las cifras de presión fueron las siguientes: 1º 119/73, 2º 113/74, 3º 118/68, 4º 106/72, 5º 131/77 sistólica y diastólica respectivamente (Ver Gráfica 17).



Gráfica No. 17 Nivel de Presión Arterial (Tarde)

Medición PA durante el tratamiento

En cuanto a la medición durante el tratamiento en el que se midió durante 12 sesiones se puede observar que las cifras de presión arterial son las siguientes: 1ª 154/103, 2ª 143/97, 3ª 155/99, 4ª 146/96, 5ª 109/85, 6ª 131/83, 7ª 123/85, 8ª 126/89, 9ª 0/0, 10ª 126/85, 11ª 120/82, 12ª 115/863 sistólica y diastólica respectivamente (Ver Gráfica 18).



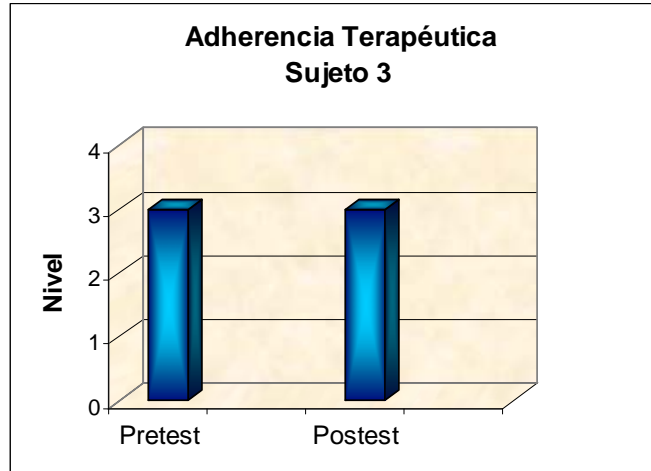
Gráfica No. 18 Nivel de Presión Arterial (Semanal)

Sujeto 3:

Paciente femenina, 35 años de edad, alfabeta, originaria y residente de la Ciudad de Navojoa, Son., católica, casada y con tres hijos, se dedica al hogar. Se le diagnostica Hipertensión Arterial durante los embarazos (Preeclampsia).

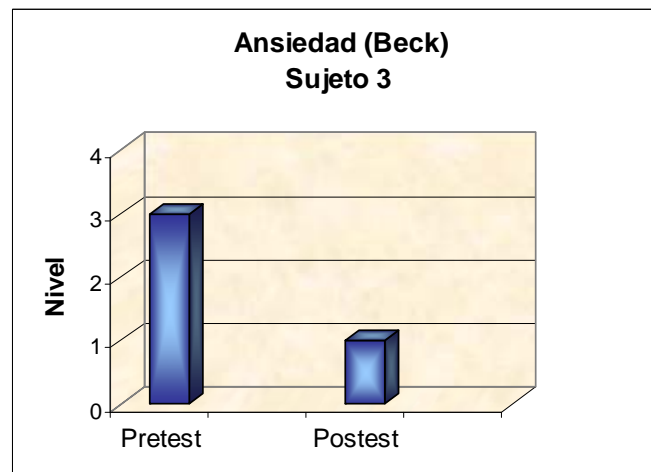
A continuación se detallan los resultados obtenidos en la aplicación de la Escala de Adherencia Terapéutica.

De acuerdo a los resultados obtenidos en esta escala, indican que en la primera medición (pretest) el paciente presentó un nivel de adherencia bueno con una puntuación de 64; mostrando una diferencia solo en el puntaje obtenido en la segunda medición (postest), ya que se obtuvo una puntuación de 54 correspondiente a un nivel bueno de adherencia, es decir se mantuvo en el mismo nivel antes y después del tratamiento (Ver Gráfico 19).



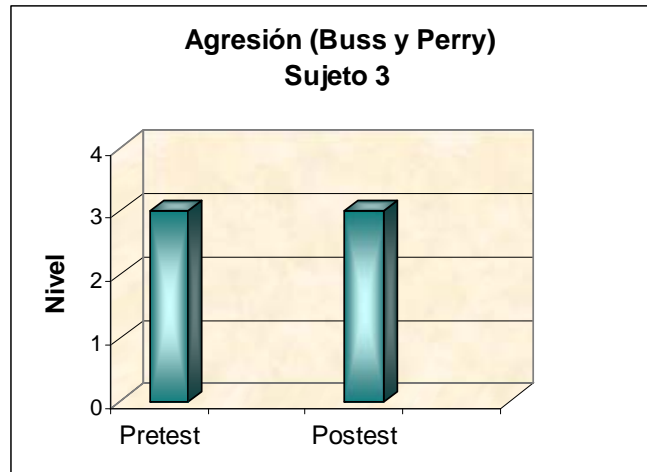
Gráfica No. 19 Nivel de Adherencia Terapéutica

En cuanto a los resultados obtenidos en la grafica 8 del Inventario de Ansiedad de Beck, en la primera medición (pretest) el paciente arrojó un puntaje de 19 correspondiente a un nivel moderado de Ansiedad, en la medición posterior al tratamiento obtuvo una puntuación de 1 correspondiente a un nivel mínimo, mostrando una diferencia significativa ya que disminuyeron sus niveles de ansiedad (Ver Gráfica 20).



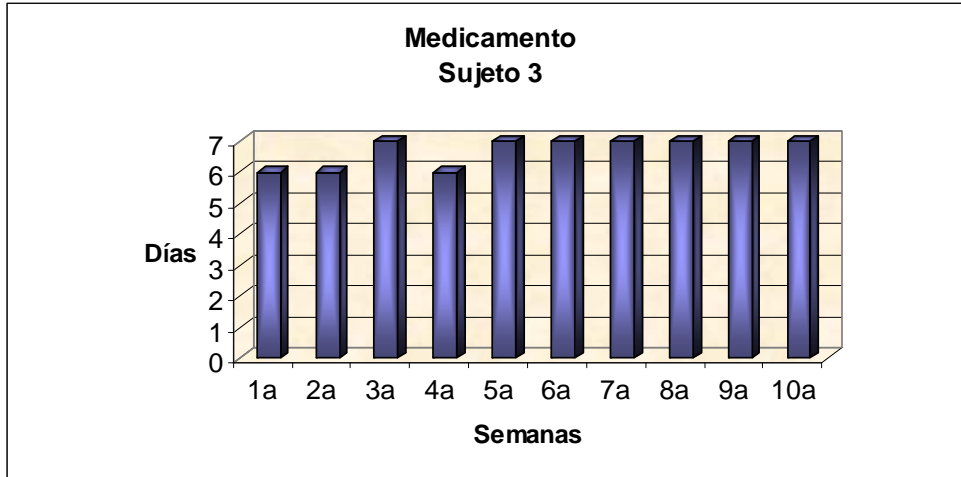
Gráfica No. 20 Nivel de Ansiedad

Los resultados derivados del Cuestionario de Agresión en la primera medición, es decir, anterior al tratamiento el paciente presentó un nivel moderado de agresión con una puntuación de 70, mostrando cambios en la medición posttest pues arrojó una puntuación de 54 correspondiente a un nivel moderado, es decir solo hubo una disminución en el puntaje quedando en el mismo nivel de agresión después de la aplicación del tratamiento (Ver Gráfica 21).



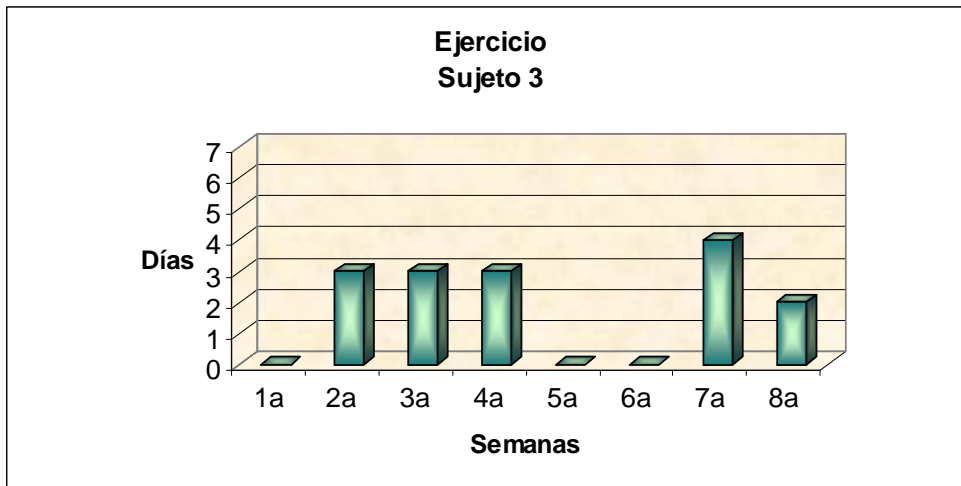
Gráfica No. 21 Nivel de Agresión

En la gráfica 22, en relación al registro de conductas en el aspecto de toma de medicamentos, en la 1ª y 2ª semana 6 días tomó el medicamento, la 3ª semana cumplió con los 7 días, 4ª semana lo tomó durante 6 días, y por último la 5ª, 6ª, 7ª, 8ª, 9ª y 10ª semana cumplió con la toma de su medicamento los 7 días de la semana.



Gráfica No. 22 Toma de Medicamento

En la gráfica 23, en cuanto al aspecto de ejercicio, en la 1ª semana no realizó ejercicio, en la 2ª, 3ª y 4ª semana 3 días realizó ejercicio, la 5ª y 6ª semana no realizó ejercicio, la 7ª semana hizo ejercicio durante 4 días y por último la 8ª semana 2 días realizó ejercicio.



Gráfica No. 23 Realización de Ejercicio

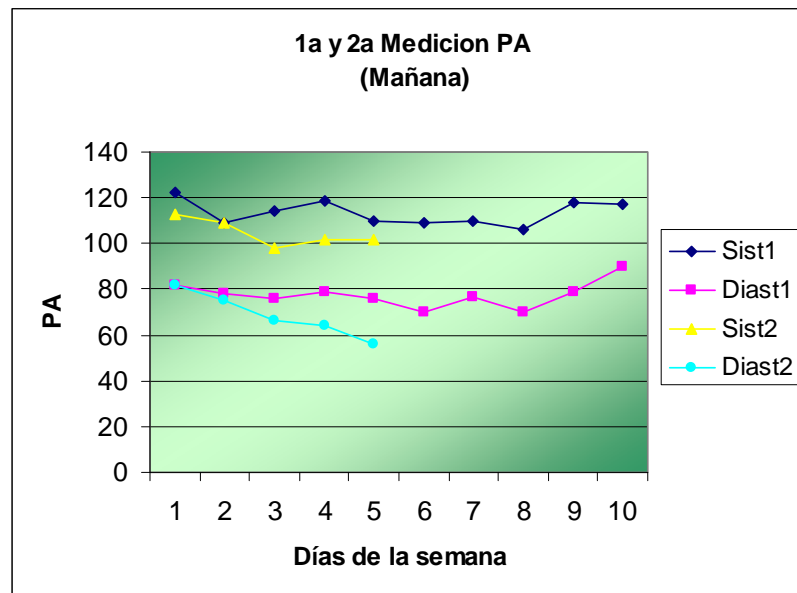
Registro de emociones

Durante el tiempo de aplicación del programa de intervención en relación al registro de emociones que se le asignaba realizar de manera semanal, señaló

sentir ansiedad, tristeza, enojo como las emociones más frecuentes durante los distintos días de la semana.

Registro de PA Pretest y Postest

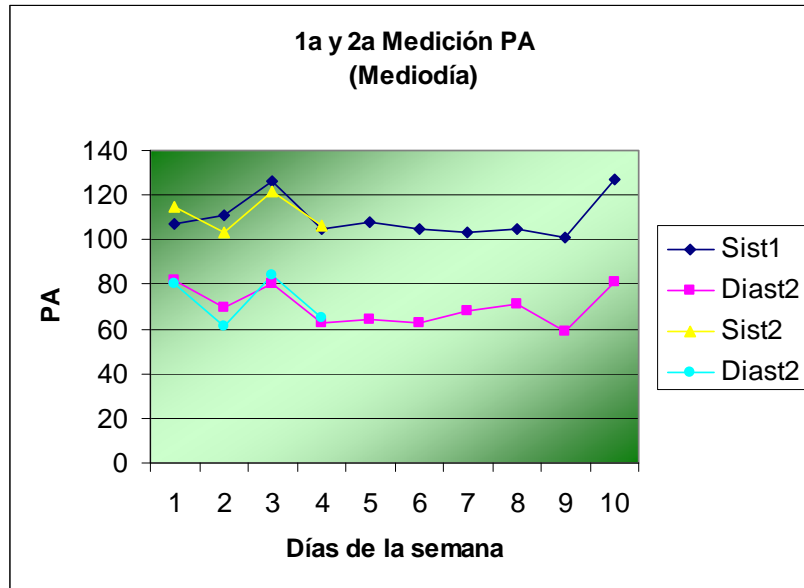
Respecto a la toma de presión arterial durante la línea base que fue de diez días, se puede observar que la medición durante la mañana, las cifras de presión arterial del sujeto 2 en nueve de los diez días son las siguientes: 1º 122/82, 2º 109/78, 3º 114/76, 4º 119/79, 5º 110/76, 6º 109/70, 7º 110/77, 8º 106/70, 9º 118/79, 10º 117/90 sistólica y diastólica respectivamente; en cuanto a la medición postest las cifras arrojadas fueron las siguientes: 1º 113/82, 2º 109/75, 3º 98/66, 4º 102/64, 5º 102/56 sistólica y diastólica respectivamente (Ver Gráfica 24).



Gráfica No. 24 Nivel de Presión Arterial (Mañana)

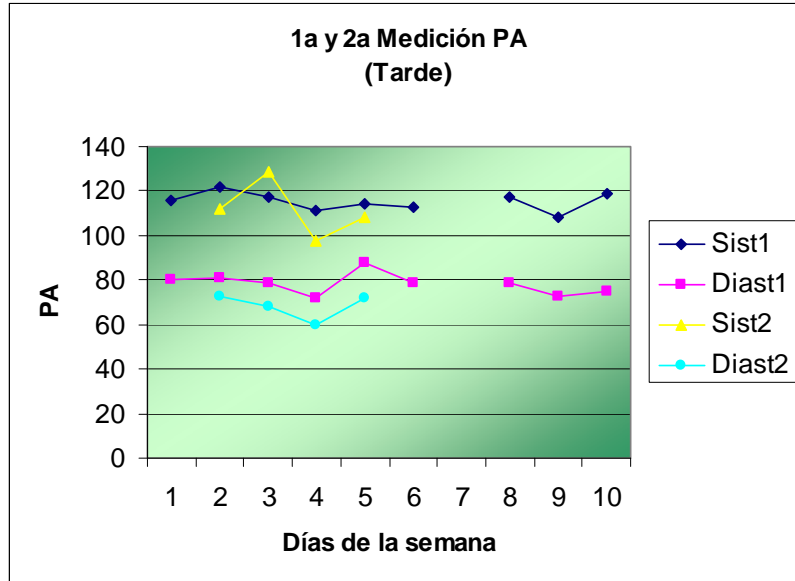
En cuanto a la medición durante el mediodía se puede observar que las cifras de presión arterial en los diez días de la línea base son las siguientes: 1º 107/82, 2º 111/70, 3º 126/80, 4º 105/63, 5º 108/64, 6º 105/63, 7º 103/68, 8º 105/71, 9º

101/59, 10^o 127/81 sistólica y diastólica respectivamente; en cuanto a la medición postest las cifras de presión fueron las siguientes: 1^o 115/80, 2^o 103/61, 3^o 122/84, 4^o 106/65, 5^o 0/0 sistólica y diastólica respectivamente (Ver Gráfica 25).



Gráfica No. 25 Nivel de Presión Arterial (Mediodía)

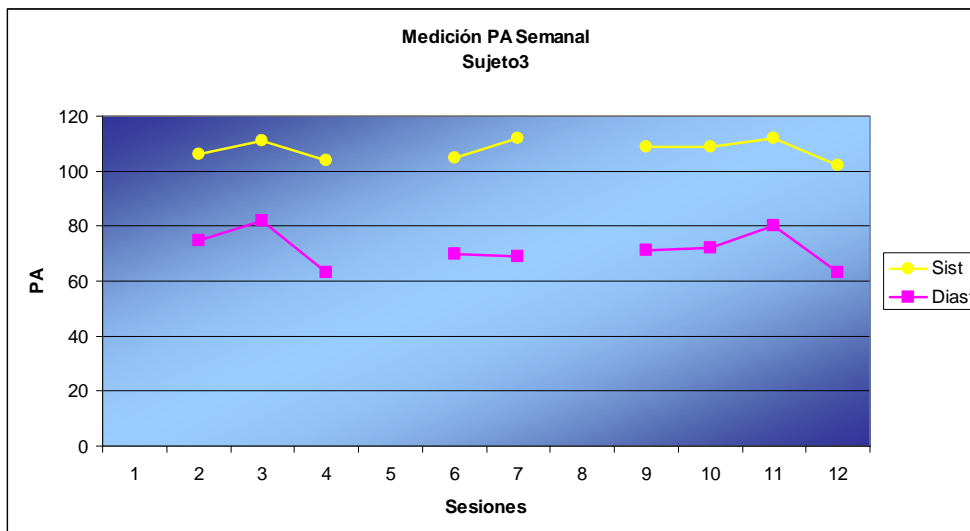
Por último en la medición durante la tarde las cifras de presión arterial en los diez días de la línea base son las siguientes: 1^o 116/180, 2^o 122/81, 3^o 117/79, 4^o 111/72, 5^o 114/88, 6^o 113/79, 7^o 0/0, 8^o 117/79, 9^o 108/73, 10^o 119/75 sistólica y diastólica respectivamente; en cuanto a la medición postest las cifras de presión fueron las siguientes: 1^o 0/0, 2^o 112/73, 3^o 129/68, 4^o 98/60, 5^o 108/72 sistólica y diastólica respectivamente (Ver Gráfica 26).



Gráfica No. 26 Nivel de Presión Arterial (Tarde)

Medición PA durante el tratamiento

En cuanto a la medición durante el tratamiento en el que se midió durante 12 sesiones se puede observar que las cifras de presión arterial son las siguientes: 1ª 0/0, 2ª 106/75, 3ª 111/82, 4ª 104/63, 5ª 0/0, 6ª 105/70, 7ª 112/69, 8ª 0/0, 9ª 109/71, 10ª 109/72, 11ª 112/80, 12ª 102/63 sistólica y diastólica respectivamente (Ver Gráfica 27).



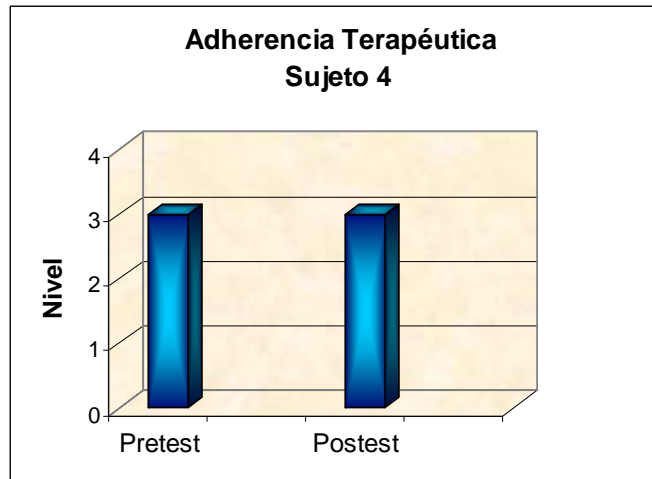
Gráfica No. 27 Nivel de Presión Arterial (Semanal)

Sujeto 4:

Paciente femenina, 58 años de edad, alfabeta, originaria y residente de la Ciudad de Navojoa, Son., católica, casada y vive junto con su esposo, se dedica al hogar y atiende un abarrotes. Se le diagnostica Hipertensión Arterial hace 18 años, además sufre de colesterol y triglicéridos.

A continuación se detallan los resultados obtenidos en la aplicación de la Escala de Adherencia Terapéutica.

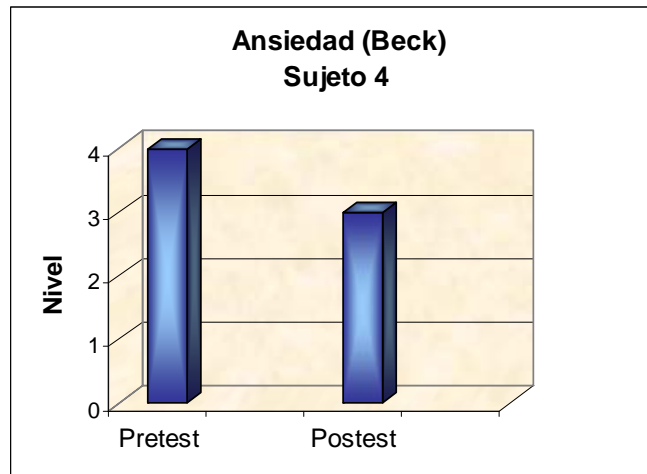
Los resultados obtenidos indican que en la primera medición (pretest) el paciente presentó un nivel de adherencia bueno con una puntuación de 52; en la segunda medición (postest) obtuvo un puntaje de 59, es decir, se mantuvo en el mismo nivel antes y después del tratamiento, con una pequeña modificación en el puntaje (Ver Gráfica 28).



Gráfica No. 28 Nivel de Adherencia Terapéutica

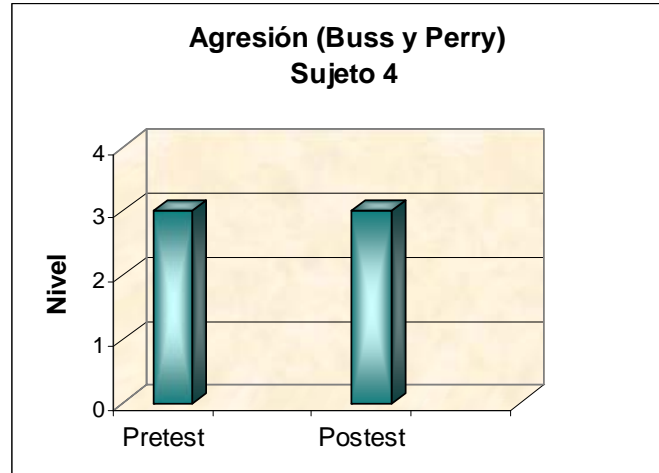
De acuerdo a los resultados obtenidos en la grafica 11 del Inventario de Ansiedad de Beck, en la primera medición (pretest) el paciente arrojó un puntaje de 46

correspondiente a un nivel severo de Ansiedad, en la medición posterior al tratamiento obtuvo una puntuación de 27 correspondiente a un nivel moderado, observándose una disminución en sus niveles de ansiedad ya aplicado el tratamiento (Ver Gráfica 29).



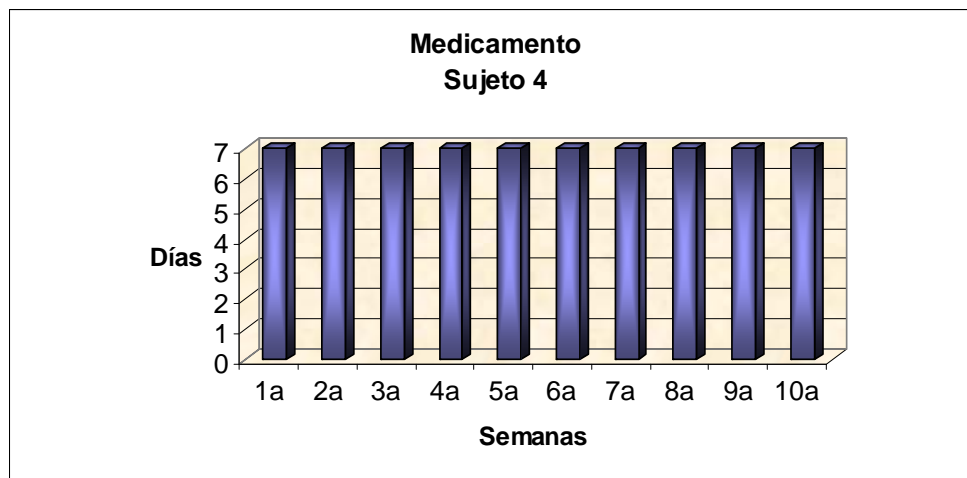
Gráfica No. 29 Nivel de Ansiedad

En relación con los resultados obtenidos en el Cuestionario de Agresión en la medición anterior al tratamiento el paciente presentó un nivel moderado de agresión con una puntuación de 57, mostrando cambios solo en la puntuación ya en la medición posttest resultó con una puntuación de 64 correspondiente a un nivel moderado, es decir hubo un incremento en el puntaje de agresión, pero quedó en el mismo nivel (Ver Gráfica 30).



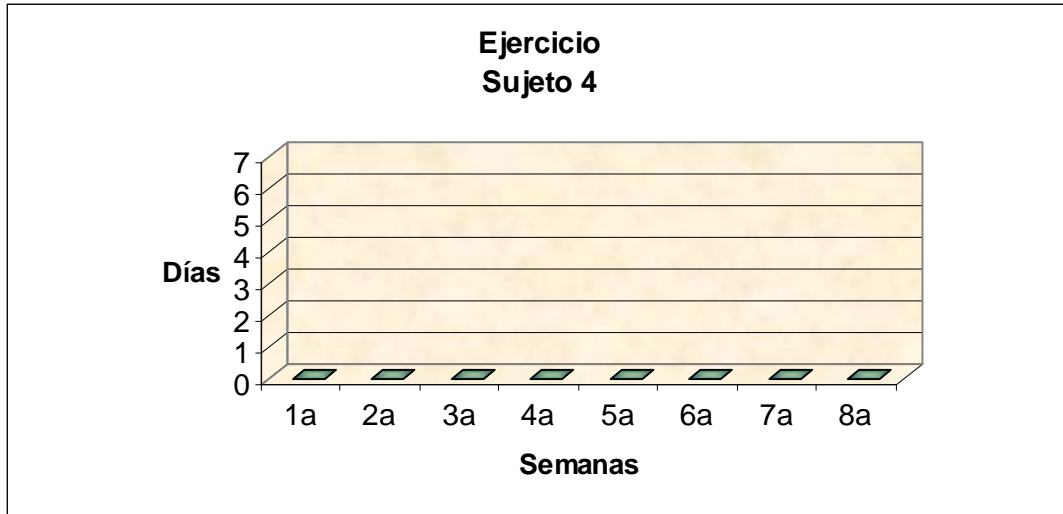
Gráfica No. 30 Nivel de Agresión

En la gráfica 31, en relación al registro de conductas en el aspecto de toma de medicamentos, se observa que el sujeto 4 cumplió al pie de la letra con la ingesta de medicamentos durante las 8 semanas registradas en el tiempo de aplicación del programa de intervención.



Gráfica No. 31 Toma de Medicamento

En la gráfica 32, en relación al registro de conductas en el aspecto de ejercicio, se observa que el sujeto 4 no realizó ningún tipo de ejercicio durante las semanas de registro en el tiempo de aplicación del programa de intervención.



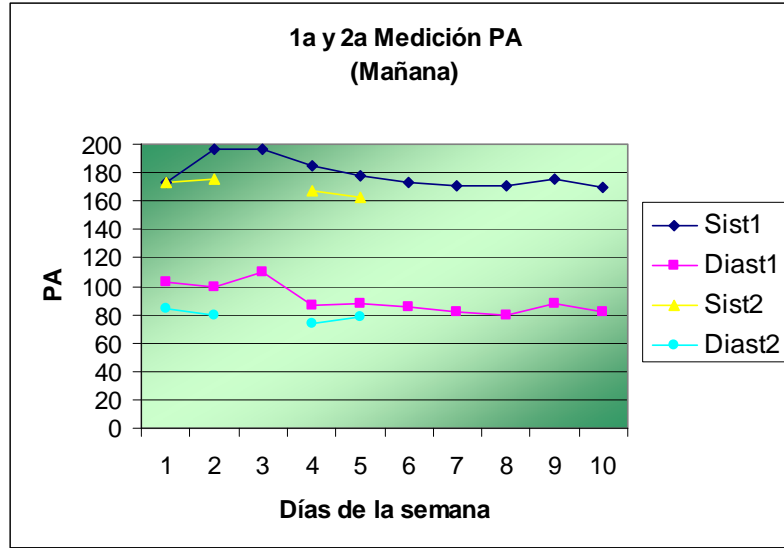
Gráfica No. 32 Realización de Ejercicio

Registro de emociones

En el tiempo de aplicación del programa de intervención en relación al registro de emociones que se le asignaba realizar de manera semanal, registró sentirse deprimida, con ansiedad y tristeza como las más frecuentes durante los distintos días de la semana.

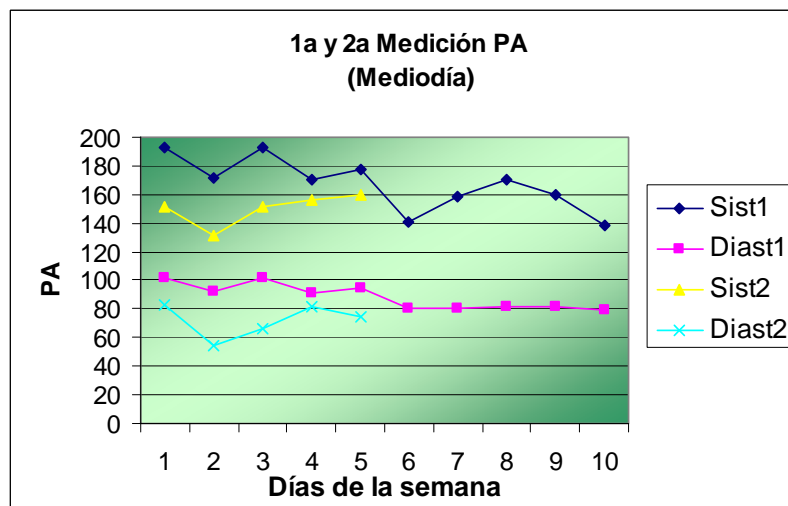
Registro de PA Pretest y Posttest

Respecto a la toma de presión arterial durante la línea base que fue de diez días, se puede observar que la medición durante la mañana, las cifras de presión arterial en los diez días son las siguientes: 1º 173/103, 2º 196/99, 3º 196/110, 4º 185/86, 5º 178/88, 6º 173/85, 7º 171/82, 8º 171/79, 9º 176/88, 10º 170/82 sistólica y diastólica respectivamente; en cuanto a la medición posttest las cifras arrojadas fueron las siguientes: 1º 173/84, 2º 176/80, 3º 0/0, 4º 167/74, 5º 162/78 sistólica y diastólica respectivamente (Ver Gráfica 33).



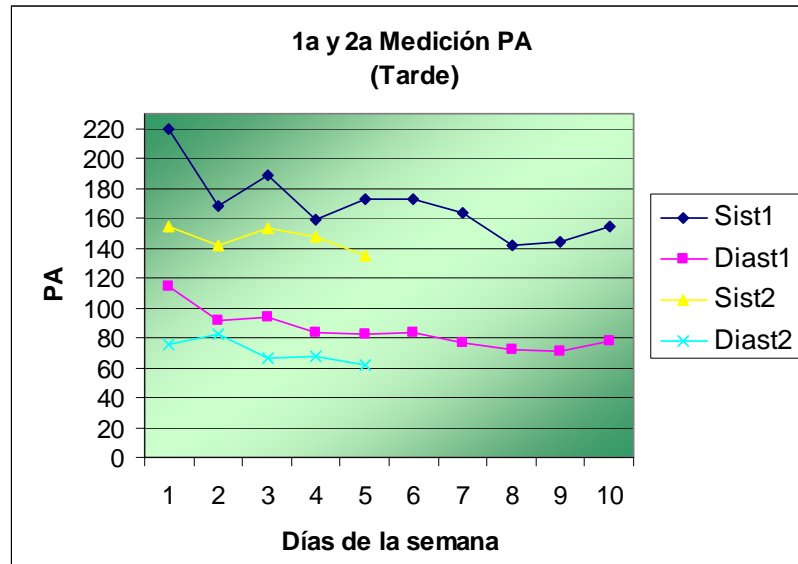
Gráfica No. 33 Nivel de Presión Arterial (Mañana)

En cuanto a la medición durante el mediodía se puede observar que las cifras de presión arterial en los diez días de la línea base son las siguientes: 1º 193/102, 2º 172/92, 3º 193/102, 4º 170/91, 5º 178/95, 6º 141/80, 7º 158/81, 8º 170/82, 9º 160/82, 10º 138/79 sistólica y diastólica respectivamente; en cuanto a la medición postest las cifras de presión fueron las siguientes: 1º 151/83, 2º 131/55, 3º 152/66, 4º 156/82, 5º 160/75 sistólica y diastólica respectivamente (Ver Gráfica 34).



Gráfica No. 34 Nivel de Presión Arterial (Mediodía)

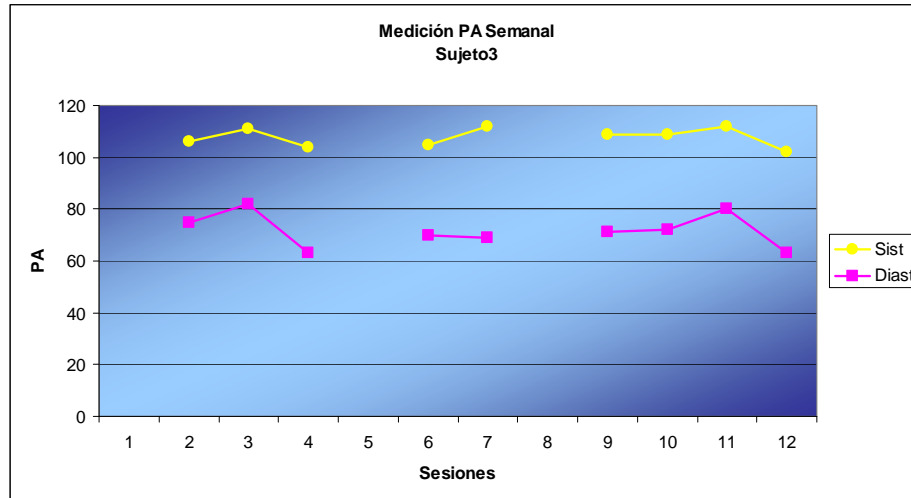
Por último en la medición durante la tarde las cifras de presión arterial en los diez días de la línea base son las siguientes: 1º 220/115, 2º 168/92, 3º 189/94, 4º 159/83, 5º 173/82, 6º 173/84, 7º 164/77, 8º 142/72, 9º 144/71, 10º 154/78 sistólica y diastólica respectivamente; en cuanto a la medición postest las cifras de presión fueron las siguientes: 1º 154/76, 2º 142/82, 3º 153/66, 4º 148/68, 5º 135/62 sistólica y diastólica respectivamente (Ver Gráfica 35).



Gráfica No. 35 Nivel de Presión Arterial (Tarde)

Medición PA durante el tratamiento

En cuanto a la medición durante el tratamiento en el que se midió durante 12 sesiones se puede observar que las cifras de presión arterial son las siguientes: 1ª 163/82, 2ª 0/0, 3ª 211/102, 4ª 152/72, 5ª 0/0, 6ª 0/0, 7ª 0/0, 8ª 160/79, 9ª 179/86, 10ª 190/93, 11ª 153/85, 12ª 184/102 sistólica y diastólica respectivamente (Ver Gráfica 36).



Gráfica No. 36 Nivel de Presión Arterial (Semanal)

Los resultados de la Escala de Adherencia Terapéutica, indican que los pacientes se mantuvieron en el mismo nivel antes y después del tratamiento, en el Inventario de Ansiedad de Beck, se muestra una disminución en los niveles de ansiedad en la mayoría de los pacientes, en relación al Cuestionario de Agresión, un paciente disminuyó su nivel de agresión, dos se mantuvieron en el mismo nivel y un último mostró un aumento en los niveles de la misma. Los registros indican cambios en los estilos de vida de los pacientes relacionados con alimentación, realización de ejercicio, toma de medicamentos y un mayor control emocional y afrontamiento de su enfermedad. En cuanto a la variable de Hipertensión, todos los pacientes lograron una disminución en sus niveles de presión arterial.

Es así como, en base a los resultados obtenidos en esta investigación, a partir de la aplicación de dicho programa de intervención, se puede decir que la hipótesis planteada se acepta ya que este programa si contribuyó en la adherencia al tratamiento y el control de los niveles de presión arterial de los participantes.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

La hipertensión arterial es una enfermedad asintomática, que tiene múltiples repercusiones para la salud, que genera altos costos económicos para las entidades prestadoras de los servicios de salud y que requiere de los pacientes cambios permanentes y un compromiso activo con el tratamiento una vez que son diagnosticados e informados de su enfermedad, (citado en Holguín et al. 2006).

Es por ello que, en esta investigación se planteó como objetivo determinar la efectividad de un programa de intervención Cognitivo-Conductual para lograr una mayor adherencia al tratamiento y controlar los niveles de presión arterial de personas con diagnóstico de hipertensión arterial, derechohabientes del IMSS.

En base a los resultados obtenidos en esta investigación, a partir de la aplicación de dicho programa de intervención, se puede decir, en primera instancia, que este programa si contribuyó a controlar los niveles de presión arterial de los participantes, ya que se ve reflejado una disminución en las cifras de PA después del tratamiento.

Los resultados arrojados por el instrumento utilizado para medir la Adherencia en los pacientes de esta investigación indican que éstos se mantuvieron en el mismo rango antes y después de la intervención, en este sentido se encontraron algunas limitaciones ya que el instrumento contempla únicamente aspectos relacionados con conductas de salud enfocadas al tratamiento de la enfermedad y no considera aspectos psicosociales que pueden influir limitando la adherencia del paciente, así como el curso y pronóstico de la enfermedad .

En cuanto al logro de una mayor adherencia cabe mencionar que aun cuando ésta no muestra modificaciones en el instrumento, es importante destacar que los pacientes adquirieron habilidades enfocadas a la realización de conductas que favorecieron el afrontamiento y manejo de su enfermedad, lo cual indica que los pacientes cuentan con un buen nivel de adherencia. Las conductas de salud que ya realizaban se vieron modificadas en cada uno de los distintos aspectos como lo son, la toma de sus medicamentos de una manera más adecuada; el iniciar, permanecer o incrementar la realización de alguna actividad física; el tener un mayor conocimiento y realizar pautas de una alimentación más adecuada; el llevar un auto monitoreo sobre sus cifras o niveles de presión, sirviéndoles esto de retroalimentación y autoconocimiento,

es decir, los pacientes pudieron llevar a cabo la realización de algunos cambios en sus estilos de vida.

La adherencia es uno de los aspectos más importantes en el manejo de la enfermedad crónica y uno de los más difíciles de lograr para el paciente, ya que requiere de la modificación de estilos de vida que hasta el momento habían sido útiles a la persona para adaptarse a su medio (Brownley et al. 2000).

La adherencia terapéutica es definida según Haynes (1979), como aquella conducta del paciente que coincide con las indicaciones del equipo de salud. Ésta conlleva ciertos comportamientos relacionados con los siguientes aspectos: Toma correcta de medicamentos, seguimiento de dieta, acudir a sus citas (consulta), actividad física, modificaciones al estilo de vida (Brownley et al. 2000).

Es oportuno mencionar que el instrumento de adherencia utilizado no contiene aspectos psicosociales que se relacionan con el cumplimiento de ésta, dado que el estudio de estas variables dentro de la hipertensión arterial influyen como factores importantes en el origen de otras enfermedades; como elementos que intervienen en el manejo y control de la enfermedad y como factores que afectan la calidad de vida de los sujetos enfermos y de su medio social (Colunga, s. a.).

Entre las variables psicosociales más importantes en relación con la Hipertensión arterial se pueden mencionar la identificación del patrón

conductual tipo A, el manejo del estrés psicosocial, el factor ira-hostilidad-agresión, la ansiedad, el desarrollo de habilidades sociales y las estrategias de afrontamiento positivas. Variables que fueron tomadas en cuenta dentro del programa de intervención en algunas de las sesiones que se les impartieron a los pacientes, pero que el instrumento de adherencia no las contempla.

Mayou y Cols., 1976, señalan que son múltiples los factores que influyen sobre la adecuada adherencia al tratamiento. Uno de los más comunes es la falta de información, tanto del paciente como de sus familiares, acerca de la enfermedad, de los objetivos perseguidos con el tratamiento y sobre qué tipo de actividades son seguras y cuáles suponen riesgo. El paciente puede, asimismo, presentar creencias y cogniciones erróneas que generan niveles de ansiedad elevados y cursan con conductas fóbicas y supersticiosas (Citado de Fernández et al. 2003).

En base a lo anterior, esta tendencia también pudo deberse a que los pacientes tenían nulos o escasos conocimientos sobre la enfermedad al contestar por primera vez el inventario, y en sus respuestas pudieron influir sus creencias y cogniciones erróneas acerca de la enfermedad o lo que significaría para ellos estar adheridos al tratamiento, por ejemplo, el hecho de tomar su medicamento las veces correspondientes cada día pero sin contemplar la importancia de ingerirlos en el horario prescrito, lo cual una vez explicado fueron modificando en el transcurso de la intervención, no teniendo cambios en sus respuestas porque eran conductas que de alguna forma si realizaban, aun cuando no fuera de la forma más adecuada, lo cual les ayudó a mantenerse en el mismo nivel

de adherencia y aunado a esto el desarrollo de habilidades de afrontamiento que les ayudaron a adherirse más al tratamiento, mismas que les permitieron conocer y afrontar su enfermedad.

Por otro lado, Colunga, (s.a), menciona que uno de los componentes más importantes y afines en diversos estudios que tratan de relacionar factores psicológicos en el origen de la hipertensión arterial, es el factor Ira-Hostilidad-Agresión. Cada uno de ellos interactúa entre sí e influyen en la realización de determinadas conductas de riesgo, por ejemplo, fumar más, beber más alcohol, comer más e incluso ingerir dosis mayores de cafeína. También estimula otras conductas como la de no realizar ejercicio físico, retrasar la búsqueda de ayuda en caso de enfermedad, baja observancia en el seguimiento de los tratamientos y, por último el propio clima que genera una actitud hostil, ya que es una emoción contagiosa, hace que la persona que la padece sea sometida a múltiples situaciones de estrés psicosocial, pues es ella misma quien las crea, lo cual le genera pérdida de apoyo social.

Se midió el factor ira-hostilidad-agresión para conocer en que niveles se encontraban los pacientes y poder determinar que aspectos de este factor influyen en la no adherencia terapéutica. Por lo que es importante señalar que antes del tratamiento la mayoría de los pacientes presentaron un nivel moderado de agresión, manteniéndose en el mismo nivel una vez concluido el tratamiento, haciendo mención que en cuanto al puntaje hubo una disminución en algunos de los pacientes. Esto pudo deberse a que los pacientes en la

primera aplicación del cuestionario contestaron según sus creencias y no en base a lo que ellas manifestaban en sus conductas diarias.

En la presente investigación, algo que caracterizaba a la mayoría de los pacientes, era el hecho de que se les dificultaba el pedir ayuda para afrontar su enfermedad, así como también el no identificar quienes eran sus redes de apoyo, ya que desconocían lo que eran éstas; por tal razón ante situaciones estresantes o conflictivas sus niveles de presión arterial se incrementaban, ya que así lo manifestaban durante las sesiones del tratamiento, hecho constatado cuando en una de las sesiones se les pidió que fueran acompañadas de un familiar o amigo, con la finalidad de que los familiares los apoyaran en el afrontamiento de la enfermedad, sin embargo, sólo un paciente fue quien si asistió acompañado por uno de los miembros de su familia, por lo que es importante señalar, que este paciente era quien mantenía sus cifras de presión arterial en niveles normales.

Según Rodríguez Marín (1994), el apoyo social significa un recurso que les ayuda a afrontar los miedos y ambigüedades que les genera la enfermedad. También se ha demostrado que la principal variable mediadora de esta relación es la percepción de control sobre la enfermedad, lo cual parece disminuir la valoración de amenaza y estrés (Citado en Oblitas, 2004).

En el caso de enfermedades crónicas quienes las padecen pueden sentir que son una carga, por lo cual desean aislarse y evitan pedir ayuda. Si un individuo se deprime, su estado le conducirá al aislamiento y a una reacción negativa

ante los ofrecimientos de ayuda. Este tipo de actitudes se encuentra directamente relacionado con los efectos que los procesos crónicos tienen en la red de apoyo social del paciente.

El apoyo social, además, parece jugar un papel indirecto en la frecuencia de la presión arterial alta, se considera que sujetos que tienen fuertes y variadas redes sociales pueden amortiguar los efectos nocivos del estrés psicosocial y enfermar menos (Oblitas, 2004).

En cuanto a la interacción del paciente con sus redes de apoyo surgieron cambios encaminados más que nada a la actitud que poseían hacia estas personas y ha realizar conductas para mejorar sus relaciones interpersonales en los diferentes ámbitos, desarrollando habilidades de comunicación, asertividad, solicitar ayuda, autovaloración y manejo de conflictos principalmente.

Entre las habilidades sociales que el paciente hipertenso debe desarrollar se encuentran las relacionadas con capacidades de comunicación, con saber recibir y solicitar ayuda, la expresión de las emociones, y sobre todo entre las más importantes, el desarrollo de la asertividad que se pueden considerar entre las mejores para disminuir el estrés, además de trabajar aspectos del autoestima para mejorar la sensación de autoeficacia (Holguín et al. 2006).

Uno de los objetivos que se pretendían en esta investigación era lograr la disminución de los niveles de ansiedad en los pacientes. Los resultados arrojan

que la mayoría disminuyeron estos niveles después de la aplicación del tratamiento, mediante el desarrollo de habilidades de afrontamiento que les ayudaron en el manejo de las situaciones que les generan estos estados de ansiedad, modificando sus creencias y cogniciones erróneas, esto se ve reflejado a su vez, en la disminución de las cifras de presión arterial.

El estilo de personalidad ansioso, provoca de forma significativa, incrementos en la presión arterial sistólica y diastólica. Con respecto a los sucesos vitales algunas investigaciones indican que la exposición crónica a estresores diarios de poca incidencia es potencialmente más estresante para la etiología de enfermedades cardiovasculares que una mayor experiencia de cambios vitales. Igualmente por el estilo de afrontamiento rígido.

Además, el rasgo de ansiedad se encuentra íntimamente ligado a la forma de afrontar las situaciones de estrés. Cuando un individuo se encuentra ante una situación que valora como amenazante puede adoptar diversas formas de afrontamiento, según considere que existe o no posibilidad de dominar la situación. Si percibe que no puede dominar la situación, tenderá a soportarla de forma pasiva. Si por el contrario, percibe que puede dominarla, tratará de llevar a cabo una serie de conductas o procedimientos (conductuales o cognitivos) para reducir el nivel de ansiedad que la situación le produce (Acosta, 2003).

Los pacientes al conocer mejor su enfermedad y al adquirir habilidades de afrontamiento en los distintos factores de la misma, lograron percibir un mayor

control y por lo tanto fueron capaces de realizar conductas que les beneficiaban en su salud, afrontando de una manera más efectiva su padecimiento.

Es así como las mediciones de presión arterial de los pacientes después de la intervención indican una disminución considerable en los diferentes casos, es decir, que los participantes lograron tener más control en sus niveles de presión arterial, disminuyendo con esto las posibles o potenciales complicaciones que se pudieran presentar manteniendo niveles muy altos o un continuo descontrol en las mismas. Por lo tanto, a raíz de estos cambios los pacientes mostraron mejorías o un mayor bienestar en sus vidas.

Estos resultados se pueden atribuir sin lugar a dudas en una buena medida a las conductas de salud realizadas por los pacientes, aunadas y sin ignorar el manejo de los factores psicosociales que se tomaron en cuenta en el momento de la intervención, los cuales ciertamente tuvieron un fuerte impacto en la adherencia y control de los pacientes, y en los cuales manifestaron cambios significativos.

Por tal razón es importante mencionar la efectividad que este programa de intervención de corte cognitivo conductual tuvo en la adherencia y control de la enfermedad de los pacientes, ya que éste no solo estuvo encaminado a dar información y educación para la salud, siendo éste un componente importante aunado a los otros niveles de intervención como lo son: el entrenamiento en habilidades sociales y el afrontamiento de la enfermedad, facilitando a través de éstos, habilidades prácticas que permitieron no sólo el cumplimiento de

ciertas conductas de salud, sino además el desarrollo de actitudes y comportamientos relacionados con la autoeficacia en el proceso de su tratamiento.

Es así como se pueden ver los resultados obtenidos a partir de la aplicación de este programa de intervención, por lo tanto la hipótesis planteada se acepta mostrando como evidencia los notables cambios en cada uno de los pacientes después de la intervención.

5.1 Conclusiones

Sobre la base de los datos obtenidos, se llegó a la conclusión de que los efectos del programa cognitivo conductual para personas con enfermedades crónico degenerativas, como en el caso de la Hipertensión Arterial, dieron resultados favorables en la adherencia al tratamiento y el control de los niveles de presión arterial en los pacientes.

Los pacientes lograron adquirir habilidades sociales y de afrontamiento al realizar conductas que les favorecieron en su adherencia al tratamiento logrando con esto tener un mayor control en su padecimiento.

La mayoría de los pacientes disminuyeron sus niveles de ansiedad después de la aplicación del tratamiento, logrando un mejor manejo de las situaciones que les generaban estos estados de ansiedad, propiciando con esto un mayor bienestar físico y psicológico.

Los pacientes se mantuvieron en un buen nivel de adherencia antes y después de la intervención, sin embargo, surgieron modificaciones en las conductas de salud que ya realizaban no sólo en cuanto a saber qué hacer, sino cómo y cuándo hacerlo.

Los pacientes adquirieron más conocimientos sobre su enfermedad, modificando con esto sus creencias y cogniciones erróneas que tenían, y disminuyendo la incertidumbre que les generaba el desconocimiento del padecimiento.

Además, lograron identificar las redes de apoyo con las que contaban, desarrollando distintas actitudes y conductas relacionadas con la capacidad de pedir ayuda, comunicación, asertividad, autovaloración y manejo de conflictos principalmente.

Se logró disminuir las cifras de presión arterial de los pacientes, a través de las distintas estrategias utilizadas en los niveles de intervención.

5.2 Recomendaciones

Debido a que existieron algunas limitaciones en el transcurso de esta investigación es pertinente hacer algunas recomendaciones para enriquecer más los resultados en cuanto a éste tipo de intervenciones.

Por lo tanto, es recomendable y necesario investigar y elaborar inventarios que contemplen de manera más completa los aspectos de la adherencia terapéutica, tomando en cuenta tanto las conductas de salud como los aspectos psicosociales.

Otra recomendación sería contemplar otros instrumentos más confiables y alternos para medir la adherencia terapéutica, en los cuales se complementen los diferentes aspectos que se relacionan con ésta.

En esta intervención solo se contó con un grupo experimental, por lo que sería oportuno considerar dos grupos uno control y otro experimental, para observar los cambios entre ambos grupos.

También es importante contemplar un mayor número de participantes, además, tomar en cuenta otras características de los pacientes como el tiempo que tienen con el diagnóstico y el que haya participantes de ambos sexos.

Por otra parte, es importante el contar con el equipo necesario para llevar un mejor monitoreo en las cifras de presión arterial durante los meses de la

intervención, ya que en esta investigación solo se les tomó una vez a la semana.

Dar un seguimiento a los pacientes, para fortalecer los conocimientos y habilidades adquiridas y llevar un control de su progreso en el transcurso de su enfermedad.

Crear grupos de apoyo entre los pacientes para que ellos compartan sus experiencias, se brinden ayuda mutua y se fortalezcan lazos que les sirvan de soporte en el manejo de su enfermedad.

En cuanto a la estructura del programa sería conveniente alternar el orden de las sesiones, para que los pacientes puedan practicar por más tiempo las técnicas psicológicas, logrando más habilidad al momento de que ellos las realicen en sus casas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acosta Quiroz, Christian Oswaldo (2003). *Reporte de experiencia profesional*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. U. N. A. M.: México.

Amigo, I. y Fernández, C. (1998). *Manual de Psicología de la Salud*. España: Ediciones Pirámide. Págs. 145-163

Braunwald, E. (1999). *Hipertensión Sistémica: mecanismos y diagnóstico*. Tratado de Cardiología. (5ª Ed.). México: Mc Graw Hill. Págs. 874-903.

Brownley, K.A., Hurwitz, B.E., & Schneiderman, N. (2000) *Cardiovascular Psychophysiology*. In J.T. Cacioppo, L.G. Tassinari, G.G. Bernston. (Comps.), *Handbook of Psychophysiology* (2nd ed., pp. 224-264). Cambridge: University of Cambridge.

Cabrera, G., Tascón, J. y Lucumí, D. (2001). *Creencias en Salud, constructor y aportes del modelo*. Publicado en la Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2001; 19(1): 91-101
http://guajiros.udea.edu.co/revista/vol_19-1/07191.pdf

Colunga, Cecilia (s. f.). *Algunos factores psicosociales en la Hipertensión Arterial*.
<http://www.virtual.cucs.udg.mx/recursos/capitulo12.1.pdf>

Ferri, Fred (2002). *Factors Associated with the development of stable hypertension in young borderline hypertensives*. Consultor Clínico. España: Harcourt/Oceano. Pág. 885

Fernández, S. López M., Comas A., García E. y Cueto A. (2003). *Categorización de factores psicosociales asociados al cumplimiento farmacológico antihipertensivo*.
<http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=1027>

Flórez, A., Luis (1997). *Análisis de un programa de autocontrol comportamental para la promoción de la salud en población adulta*.
<http://www.psicologiaconductual.com/numero.asp?ano=1997&volumen=5&numero=3>

Frenk, Julio (2002). *Hipertensión arterial: asesino silencioso*.
<http://www.invides.com.mx/anteriores/Abril2002/htm/silencioso.html>

García-Vera, M. P. y Sanz, J. (2000). *Tratamientos cognitivo-conductuales para la hipertensión esencial*. Tesis Doctoral
<http://www.cop.es/colegiados/M-08759/>

Gómez, V. María, y Sabeh, Eliana N. (s. a.). *Calidad de Vida: Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica*.
<http://www.usal.es/~inico/investigación/ivesinico/calidad.htm>

Guadalajara, J. (2001). *Hipertensión Arterial*. Cardiología. (5ª Ed.). México: Mendez Editores. Págs.593-610.

Holguín, L., Correa, D., Arrivillaga, M., Cáceres, D. y Varela, M. (2006). *Adherencia al Tratamiento de Hipertensión Arterial: Efectividad de un Programa Biopsicosocial*.
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/647/64750309.pdf>

Kalil, Marcio (2004). *Prevención de la hipertensión arterial: importancia de un estilo de vida saludable*.
http://www.msds.com.mx/msdmexico/hcp/diseases/hyper/articles/articulos.html?id=originalArticle_1614_es

Miguel-Tobal. J., Cano, A., Casado, I. y Escalona, A. (1994). *Emociones e Hipertensión. Implantación de un Programa Cognitivo Conductual en Pacientes Hipertensos*. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid: España
http://www.um.es/analesps/v10/v10_2/10-10_2.pdf

Oblitas, L. (2004). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida*. México: Editorial Thomson. Págs. 113-148.

Ortiz, V. G. y Ehrenzweig, S. Y. (1998). *La Relajación, la Modificación de Estilos de Afrontamiento y la Retroalimentación Biológica como Estrategia para el Manejo Psicológico del Paciente Hipertenso*. Instituto de Investigaciones Psicológicas. Universidad Veracruzana. Revista Sonorense de Psicología, Vol. 12, No. 1 16-29

Peredo, P., Gómez V., Sánchez, H., Navarrete, A. y García, M. (2004). *Impacto de una estrategia educativa activa participativa en el control de la Hipertensión Arterial*. Revista Médica del IMSS 2005; 43 (2): 125-129
<http://www.psicologíaconductual.com>

Prisant, Michael (s. a.). *La hipertensión: Grave problema de salud que muchos desconocen*.

http://www.todoensalud.org/hipertension/jsp/detalle_pac.jsp?idarticulo=394

Riveros, A. et al. (2004). *Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales*. División de Estudios de Posgrado. Facultad de Psicología. U. N. A. M.: México.

Vargas Barrón, Jesús (2006). *La Hipertensión arterial sistémica*. Tratado de Cardiología. México: Intersistemas. Págs. 257-300.

Safren, S.(1999). Cognitive-behavioral interventions to increase medication adherence. In *Psychiatric Practice: Everyday Solutions (pp. 191-213)*. Course. Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School. Boston. Continuing Education workshop materials.

Sánchez, 1996. *Ejercicio físico e Hipertensión*. Efectos del ejercicio físico en Hipertensión Arterial.

<http://www.seh-lelha.org/club/cuestion18.htm>

Sandoval, 2005. *Los Efectos del Apoyo Social en la Adherencia Terapéutica de Pacientes Diabéticos*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. U. N. A. M.: México.

Sierra-Bravo, R. (1995). *Técnicas de Investigación Social*. (10ª Ed.). España: Editorial Paranfino. Págs. 32-36.

Silva, G., Galeano, E. y Correa, J. (2005). *Adherencia al tratamiento: Implicaciones de la no adherencia*.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012024482005000400004&lng=es&nrm=iso

Tierney L. et al. (2002). *Hipertensión Sistémica*. Diagnóstico Clínico y tratamiento. (37ª Ed.). México: Editorial El Manual Moderno. Págs. 447-453.

ANEXOS

CONTENIDO

- **Cartas Descriptivas del Programa de Intervención**
- **Cuestionario en Hipertensión Arterial**
- **Inventario de Ansiedad de Beck**
- **Cuestionario de Agresión de Buss y Perry**
- **Escala de Adherencia Terapéutica**
- **Guías de Relajación**
- **Registro de Presión Arterial (Línea Base y Post Medición)**
- **Registro de Presión Arterial (Semanal)**
- **Registros de Alimentación y Conductas**

CUESTIONARIO EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL

I.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del Paciente: Edad:.....
Dirección: Teléfono:.....
Sexo: Estado civil: Ocupación:
Escolaridad: N° de integrantes en la familia:
Ingresos económicos:
Tiempo de aparición (cuando le dieron el diagnóstico):
¿Padece otras enfermedades? ¿Cuáles?:

II.- IMPACTO EMOCIONAL DE LA ENFERMEDAD

1. *¿Cuál fue su primera impresión o reacción ante el diagnóstico?*

a) Tristeza b) angustia c) temor d) aceptación

2. *¿Estaba acompañado cuando el doctor le dio los resultados?* (SI) (NO)

¿De quién?

3. *¿Por qué cree usted que se enfermó?*

.....
.....

III.- ATENCIÓN MÉDICA (VISITAS AL MÉDICO)

4. *¿Con qué frecuencia acude al médico?*

a) Nunca b) una vez al año c) una vez al mes d) dos veces al año e) Diario

5. *¿Qué opina de su médico?*

a) Es buen médico b) Es mal médico c) No sabe

6. *¿Hay algún o algunos motivo/s que a usted le impida cumplir con el tratamiento que el médico le ha recomendado?* (SI) (NO) *¿Cuáles?:*

.....
.....

7. *¿Esta satisfecho(a) con la información que le ha dado el equipo médico de su enfermedad?*
(SI) (NO)

8. *¿Esta satisfecho con su tratamiento actual?* (SI) (NO)

IV.- MEDICAMENTOS

9. *¿Cómo adquiere los medicamentos?*

a) Por la institución (IMSS, ISSSTE) b) Se los compra c) Otros medios

10. *¿Generalmente puede disponer del dinero o de los medios para poder obtener los medicamentos que le ha indicado su médico?*

- a) Sí y siempre b) Sí, pero con un poco de dificultad c) Sí, pero con mucha dificultad
d) No puedo disponer de ellos

11. *¿Toma medicamentos vía oral específicos para la Presión Arterial?* (SI) (NO)
¿Cuales?

12. *¿Otra medicación?*
.....

13. *¿Que opina del efecto de las medicinas en su enfermedad?*

- a) Son buenas, me sirven b) Mas o menos me alivian c) Son malas, no me sirven

14. *¿Le fastidia tomar tantas medicinas?* (SI) (NO)

15. *¿Toma algunos remedios caseros?* (SI) (NO)

¿Cuales?

V.- EJERCICIO FÍSICO

16. *¿Realiza algún tipo de ejercicio?* (SI) (NO)
¿Por qué?

17. *¿Qué tipo de ejercicio realiza?*
.....

18. *¿Con que frecuencia realiza el ejercicio?*

- a) Todos los días b) 1 vez a la semana c) 2 veces a la semana
d) Una vez al mes e) Dos veces al mes f) Otro.....

19. *¿Cuánto tiempo dura haciendo ejercicio?*

- a) Una hora b) Media hora c) Menos de media hora

20. *¿Al terminar de hacer ejercicio termina fatigado?*

- a) Si b) No c) A veces

VI.- ALIMENTACIÓN

21. *¿Su médico le ha recomendado alguna dieta?* (SI) (NO)

22. *¿Está satisfecho(a) con su dieta?* (SI) (NO)

23. *¿Con qué frecuencia come frutas y verduras?*

- a) Todos los días b) Una vez a la semana c) Una vez a la quincena
d) Una vez al mes e) Nunca Otro

24. *¿Con qué frecuencia come golosinas y/o botanas (pan, pastelillos, galletas, sabritas)?*

- a) Más de 3 veces al día b) Una vez al día c) Una vez a la semana d) Nunca

25. *¿Cuántas tortillas consume al día?*

- a) Menos de 3 b) De 3 a 7 c) Mas de 7

26. *¿Cuántos vasos de agua consume al día?*

27. *Cuál de los siguientes líquidos consume:*

- a) Agua b) Leche c) Café d) Cerveza
e) Refresco f) Licuados g) Refresco light h) Jugo

VII.- AUTOMONITOREO

28. *¿Con que frecuencia se mide los niveles de Presión Arterial?*

- a) Todos los días b) Una vez a la semana c) Una vez a la quincena
d) Una vez al mes e) Una vez al año f) Nunca

29. *¿Cómo detecta sus niveles de Presión Arterial?*

- a) Me mido la Presión Arterial en mi casa b) Me la checa el médico cuando voy a verlo

Otras: ¿Cuáles?:

30. *¿Que hace usted cuando detecta que sus niveles de Presión Arterial no andan bien?*

- a) Acude al médico b) Se lo dice a un familiar c) Trata de arreglárselas solo(a)
d) Se toma las pastillas e) No sabe que hacer

31. *¿Está llevando un registro sobre su nivel de Presión Arterial?* (SI) (NO)

32. *¿Cuánto obtuvo de Presión Arterial en su última medición?.....*

VIII.- REACCIÓN DE LA FAMILIA

33. *¿Hay apoyo y comprensión por parte de su familia?* (SI) (NO)

34. *¿Le preocupa que su familia cubra los gastos de su enfermedad?* (SI) (NO)

35. *¿El trato de su familia lastima sus sentimientos?* (SI) (NO)

36. *¿Su familia lo cuida demasiado?* (SI) (NO)

37. *¿Su enfermedad es una carga para su familia?* (SI) (NO)

38. *¿El amor de su familia es lo mejor que tiene?* (SI) (NO)

IX.- PROBLEMAS LABORALES

39. *¿Se siente satisfecho(a) con su trabajo?* (SI) (NO)
40. *¿Es un(a) buen(a) trabajador(a)?* (SI) (NO)
41. *¿Falta a su trabajo por su Presión Arterial?* (SI) (NO)
45. *¿Frecuentemente está estresado en su trabajo?* (SI) (NO)
42. *¿Cuántas veces en el año pasado faltó por problemas de su Presión Arterial?.....*

XI.- COMPLICACIONES

43. *¿Ha tenido algunas de las siguientes complicaciones?*

- a) Retinopatía b) Ataque cardíaco c) Derrame cerebral
- d) Insuficiencia cardíaca e) Insuficiencia renal

XII.- CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD

44. *¿Ha recibido usted información sobre la Hipertensión?* (SI) (NO)
45. *¿Cómo obtuvo esa información?*
- a) Por el médico b) En la institución c) Por un familiar d) Por un amigo
46. *¿La Hipertensión se cura?* (SI) (NO)

INVENTARIO DE ANSIEDAD

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Ocupación: _____ Escolaridad: _____ Fecha: _____

Instrucciones: abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación e indique *cuanto le ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy*, marcando con una cruz (X) según la intensidad de la molestia.

1. Entumecimiento, hormigueo

POCO O NADA MAS O MENOS MODERADAMENTE SEVERAMENTE

2. Sentir oleadas de calor (bochornos)

POCO O NADA MAS O MENOS MODERADAMENTE SEVERAMENTE

3. Debilitamiento de las piernas

POCO O NADA MAS O MENOS MODERADAMENTE SEVERAMENTE

4. Dificultad para relajarse

POCO O NADA MAS O MENOS MODERADAMENTE SEVERAMENTE

5. Miedo a que pase lo peor

POCO O NADA MAS O MENOS MODERADAMENTE SEVERAMENTE

6. Sensación de mareo

POCO O NADA MAS O MENOS MODERADAMENTE SEVERAMENTE

7. Opresión en el pecho o latidos acelerados

POCO O NADA MAS O MENOS MODERADAMENTE SEVERAMENTE

8. Inseguridad

POCO O NADA MAS O MENOS MODERADAMENTE SEVERAMENTE

9. Terror

POCO O NADA MAS O MENOS MODERADAMENTE SEVERAMENTE

10. Nerviosismo

POCO O NADA MAS O MENOS MODERADAMENTE SEVERAMENTE

11. Sensación de ahogo

POCO O NADA MAS O MENOS MODERADAMENTE SEVERAMENTE

12. Manos temblorosas

POCO O NADA MAS O MENOS MODERADAMENTE SEVERAMENTE

13. Cuerpo tembloroso

POCO O NADA MAS O MENOS MODERADAMENTE SEVERAMENTE

14. Miedo a perder el control

POCO O NADA MAS O MENOS MODERADAMENTE SEVERAMENTE

15. Dificultad para respirar

POCO O NADA MAS O MENOS MODERADAMENTE SEVERAMENTE

16. Miedo a morir

POCO O NADA MAS O MENOS MODERADAMENTE SEVERAMENTE

17. Asustado(a)

POCO O NADA MAS O MENOS MODERADAMENTE SEVERAMENTE

18. Indigestión o malestar estomacal

POCO O NADA MAS O MENOS MODERADAMENTE SEVERAMENTE

19. Debilidad

POCO O NADA MAS O MENOS MODERADAMENTE SEVERAMENTE

20. Ruborizarse, sonrojamiento

POCO O NADA MAS O MENOS MODERADAMENTE SEVERAMENTE

21. Sudoración (no debida al calor)

POCO O NADA MAS O MENOS MODERADAMENTE SEVERAMENTE

CUESTIONARIO DE AGRESIÓN

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Ocupación: _____ Escolaridad: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES: Lee las siguientes frases y elige el número según la respuesta que más se acerque a tu vida personal.

1. De vez en cuando no puedo controlar el impulso de golpear a otra persona:

- 1 Completamente en desacuerdo
- 2 En desacuerdo
- 3 Ni en acuerdo ni desacuerdo
- 4 De acuerdo
- 5 Completamente de acuerdo

2. Cuando no estoy de acuerdo con mis amigos, discuto abiertamente con ellos:

- 1 Completamente en desacuerdo
- 2 En desacuerdo
- 3 Ni en acuerdo ni desacuerdo
- 4 De acuerdo
- 5 Completamente de acuerdo

3. Me enfado rápidamente, pero se me pasa enseguida:

- 1 Completamente en desacuerdo
- 2 En desacuerdo
- 3 Ni en acuerdo ni desacuerdo
- 4 De acuerdo
- 5 Completamente de acuerdo

4. A veces soy bastante envidioso:

- 1 Completamente en desacuerdo
- 2 En desacuerdo
- 3 Ni en acuerdo ni desacuerdo
- 4 De acuerdo
- 5 Completamente de acuerdo

5. Si se me provoca lo suficiente, puedo golpear a otra persona:

- 1 Completamente en desacuerdo
- 2 En desacuerdo
- 3 Ni en acuerdo ni desacuerdo
- 4 De acuerdo
- 5 Completamente de acuerdo

6. A menudo no estoy de acuerdo con la gente:

- 1 Completamente en desacuerdo
- 2 En desacuerdo
- 3 Ni en acuerdo ni desacuerdo
- 4 De acuerdo
- 5 Completamente de acuerdo

7. Cuando estoy frustrado, muestro el enfado que tengo:

- 1 Completamente en desacuerdo
- 2 En desacuerdo
- 3 Ni en acuerdo ni desacuerdo
- 4 De acuerdo
- 5 Completamente de acuerdo

8. En ocasiones siento que la vida me ha tratado injustamente:

- 1 Completamente en desacuerdo

<ul style="list-style-type: none"> 2 En desacuerdo 3 Ni en acuerdo ni desacuerdo 4 De acuerdo 5 Completamente de acuerdo
<p>9. Si alguien me golpea, le respondo golpeándole también:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 Completamente en desacuerdo 2 En desacuerdo 3 Ni en acuerdo ni desacuerdo 4 De acuerdo 5 Completamente de acuerdo
<p>10. Cuando la gente me molesta, discuto con ellos:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 Completamente en desacuerdo 2 En desacuerdo 3 Ni en acuerdo ni desacuerdo 4 De acuerdo 5 Completamente de acuerdo
<p>11. Algunas veces me siento tan enfadado como si estuviera a punto de estallar:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 Completamente en desajaaacuerdo 2 En desacuerdo 3 Ni en acuerdo ni desacuerdo 4 De acuerdo 5 Completamente de acuerdo
<p>12. Parece que siempre son otros los que consiguen las oportunidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 Completamente en desacuerdo 2 En desacuerdo 3 Ni en acuerdo ni desacuerdo 4 De acuerdo 5 Completamente de acuerdo
<p>13. Me suelo implicar en las peleas algo más de lo normal:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 Completamente en desacuerdo 2 En desacuerdo 3 Ni en acuerdo ni desacuerdo 4 De acuerdo 5 Completamente de acuerdo
<p>14. Cuando la gente no está de acuerdo conmigo, no puedo remediar discutir con ellos:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 Completamente en desacuerdo 2 En desacuerdo 3 Ni en acuerdo ni desacuerdo 4 De acuerdo 5 Completamente de acuerdo
<p>15. Me pregunto por qué algunas veces me siento tan resentido por algunas cosas:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 Completamente en desacuerdo 2 En desacuerdo 3 Ni en acuerdo ni desacuerdo 4 De acuerdo 5 Completamente de acuerdo
<p>16. Si tengo que recurrir a la violencia para proteger mis derechos, lo hago:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 Completamente en desacuerdo 2 En desacuerdo 3 Ni en acuerdo ni desacuerdo 4 De acuerdo

5 Completamente de acuerdo
<p>17. Mis amigos dicen que discuto mucho:</p> <p>1 Completamente en desacuerdo</p> <p>2 En desacuerdo</p> <p>3 Ni en acuerdo ni desacuerdo</p> <p>4 De acuerdo</p> <p>5 Completamente de acuerdo</p>
<p>18. Algunos de mis amigos piensan que soy una persona impulsiva:</p> <p>1 Completamente en desacuerdo</p> <p>2 En desacuerdo</p> <p>3 Ni en acuerdo ni desacuerdo</p> <p>4 De acuerdo</p> <p>5 Completamente de acuerdo</p>
<p>19. Sé que mis «amigos» me critican a mis espaldas:</p> <p>1 Completamente en desacuerdo</p> <p>2 En desacuerdo</p> <p>3 Ni en acuerdo ni desacuerdo</p> <p>4 De acuerdo</p> <p>5 Completamente de acuerdo</p>
<p>20. Hay gente que me incita a tal punto que llegamos a pegarnos:</p> <p>1 Completamente en desacuerdo</p> <p>2 En desacuerdo</p> <p>3 Ni en acuerdo ni desacuerdo</p> <p>4 De acuerdo</p> <p>5 Completamente de acuerdo</p>
<p>21. Algunas veces pierdo los estribos sin razón:</p> <p>1 Completamente en desacuerdo</p> <p>2 En desacuerdo</p> <p>3 Ni en acuerdo ni desacuerdo</p> <p>4 De acuerdo</p> <p>5 Completamente de acuerdo</p>
<p>22. Desconfío de desconocidos demasiado amigables:</p> <p>1 Completamente en desacuerdo</p> <p>2 En desacuerdo</p> <p>3 Ni en acuerdo ni desacuerdo</p> <p>4 De acuerdo</p> <p>5 Completamente de acuerdo</p>
<p>23. Tengo dificultades para controlar mi genio:</p> <p>1 Completamente en desacuerdo</p> <p>2 En desacuerdo</p> <p>3 Ni en acuerdo ni desacuerdo</p> <p>4 De acuerdo</p> <p>5 Completamente de acuerdo</p>
<p>24. Algunas veces siento que la gente se está riendo de mí a mis espaldas:</p> <p>1 Completamente en desacuerdo</p> <p>2 En desacuerdo</p> <p>3 Ni en acuerdo ni desacuerdo</p> <p>4 De acuerdo</p> <p>5 Completamente de acuerdo</p>

25. He amenazado a gente que conozco:

- 1 Completamente en desacuerdo
- 2 En desacuerdo
- 3 Ni en acuerdo ni desacuerdo
- 4 De acuerdo
- 5 Completamente de acuerdo

26. Cuando la gente se muestra especialmente amigable, me pregunto qué querrán:

- 1 Completamente en desacuerdo
- 2 En desacuerdo
- 3 Ni en acuerdo ni desacuerdo
- 4 De acuerdo
- 5 Completamente de acuerdo

27. He llegado a estar tan furioso que rompía cosas:

- 1 Completamente en desacuerdo
- 2 En desacuerdo
- 3 Ni en acuerdo ni desacuerdo
- 4 De acuerdo
- 5 Completamente de acuerdo

28. Soy una persona tranquila

- 1 Completamente de acuerdo
- 2 De acuerdo
- 3 Ni en acuerdo ni desacuerdo
- 4 En desacuerdo
- 5 Completamente en desacuerdo

29. No encuentro una razón para pegar a una persona:

- 1 Completamente de acuerdo
- 2 De acuerdo
- 3 Ni en acuerdo ni desacuerdo
- 4 En desacuerdo
- 5 Completamente en desacuerdo

ESCALA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA AL TRATAMIENTO

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Ocupación: _____ Escolaridad: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Diga en qué porcentaje sigue usted las indicaciones o instrucciones en cada de las afirmaciones:

1. Ingiero mis medicamentos de manera puntual:

0 25 50 75 100

2. No importa que el tratamiento sea largo, siempre ingiero mis medicamentos a la hora indicada:

0 25 50 75 100

3. Me hago mis análisis en los períodos que el médico señala:

0 25 50 75 100

4. Si tengo que seguir una dieta rigurosa, la respeto:

0 25 50 75 100

5. Asisto a mis consultas de manera puntual:

0 25 50 75 100

6. Estoy pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi estado de salud:

0 25 50 75 100

7. Estoy dispuesto a dejar de hacer algo placentero, como por ejemplo no fumar o no ingerir bebidas alcohólicas, si el médico me lo ordena:

0 25 50 75 100

8. Como sólo aquellos alimentos que el médico me permite:

0 25 50 75 100

9. Si el médico me inspira confianza, sigo el tratamiento:

0 25 50 75 100

10. Si el médico me explica detalladamente en qué consiste mi enfermedad y qué es lo que tengo que hacer para sanar, entonces sigo el tratamiento:

0 25 50 75 100

11. Me inspira confianza que el médico muestre conocer mi enfermedad:

0 25 50 75 100

12. Cuando me mandan a hacer análisis clínicos, estoy más seguro de lo que tengo y me apego más al tratamiento:

0 25 50 75 100

13. Si el médico es joven, el tratamiento que me manda no me inspira confianza:

0 25 50 75 100

14. Si mi enfermedad no es peligrosa, pongo poca atención al tratamiento:

0 25 50 75 100

15. Cuando tengo mucho trabajo, se me olvida tomar mis medicamentos:

0 25 50 75 100

16. No termino el tratamiento si es doloroso o causa muchas molestias:

0 25 50 75 100

17. Cuando los síntomas desaparecen dejo de tomar el tratamiento, aunque éste no esté concluido:

0 25 50 75 100

18. Tomo menos cantidades del tratamiento si es costoso:

0 25 50 75 100

19. Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud, dejo el tratamiento:

0 25 50 75 100

20. Le tengo más confianza a los medicamentos de patente que a los remedios naturales u homeopáticos:

0 25 50 75 100

21. Si el tratamiento exige hacer ejercicio continuo, lo hago:

0 25 50 75 100

22. Para que yo siga el tratamiento es necesario que otros me digan que debo tomar mis medicamentos:

0 25 50 75 100

23. Yo soy el único de tomar mis medicamentos a tiempo:

0 25 50 75 100

24. Me hago mis revisiones médicas periódicas aunque no esté enfermo:

0 25 50 75 100

25. Después de haber terminado el tratamiento, regreso a consulta si el médico me indica que es necesario para verificar mi estado de salud:

0 25 50 75 100

Imaginería Guiada

1. Introducción:

T: "Te voy a explicar como se relacionan los pensamientos con las emociones".

2. Establecer escenario:

T: "Imagina que estás sólo en casa a las dos de la mañana y escuchas ruidos en la cocina".

3. Preguntar la emoción:

T: "¿Qué sentirías?"

Respuesta del paciente:

4. Indagar pensamiento:

T: "¿Qué pensarías?"

Respuesta del paciente:

5. Ofrecer una alternativa contraria a la que ofreció el paciente: si el paciente propuso un pensamiento ofensivo (por ej. "Pienso que sería un ladrón"), el terapeuta ofrece una alternativa inofensiva de que sea un gato: y al revés, si el paciente propuso un pensamiento inofensivo (por ej. "Es el viento"), el terapeuta propone un pensamiento ofensivo (por ej. "¿Y si fuera una persona como un ladrón?"):

T: "Si fuera un ...(alternativa distinta)...¿Qué sentirías?"

Respuesta del paciente:

6. Asociar un tipo de pensamiento con un tipo de emoción:

T: "Si piensas que es un gato, ¿Qué sentirías?"

Respuesta del paciente:

7. Asociar el otro tipo de pensamiento con el otro tipo de emoción:

T: "Si piensas que es un ladrón, ¿Qué sentirías?"

Respuesta del paciente:

8. Mostrar que lo que uno piensa, se asocia con lo que uno siente:

T: "¿De qué depende lo que sientes, del ruido que oyes en la cocina o de lo que piensas que es?"

Respuesta del paciente:

9. Concluir el ejercicio:

T: "En eso consiste nuestro modelo de trabajo. Consideremos que lo que uno piensa influye mucho en lo que uno siente y en lo que uno hace".

10. Dudas:

T: "¿Tienes alguna duda?"

Respiración Profunda

1. Toma una respiración profunda y exhala el aire por tu boca de forma lenta.
2. Concéntrate en tu respiración y vuelve a respirar; deja que tu estómago y tu pecho se llenen de aire y lentamente vacíalos.
3. Ahora deja que tus brazos cuelguen a ambos lados de tu cuerpo. Vuelve a respirar y haz un círculo con los brazos hacia tu espalda. Exhala mientras pasas tus brazos en círculos frente a ti y crúzalos alrededor de tu cuerpo como si estuvieras abrazando una almohada. Respira y exhala de nuevo en esa posición.
4. Respira de nuevo mientras pasas tus brazos en círculo hacia tu espalda...detén 5 segundos tu respiración...y expirando pasa tus brazos en círculo de nuevo hacia el frente.
5. Concéntrate en tu respiración y vuelve a respirar en esa posición; deja que tu estómago y tu pecho se llenen de aire y lentamente vacíalos.
6. Ahora deja que tus brazos cuelguen a tus lados,
7. Respira de nuevo y arquea y estira suavemente tu espalda dejando que tu cabeza cuelgue hacia atrás. Mantén la respiración y exhalas mientras vuelves a posición recta inicial. Suavemente inclina tu cabeza hacia delante.
8. En tres ocasiones más continúa respirando así, tranquila y suavemente. Arquea la espalda cuando tomas el aire y vuelves a poner el cuerpo en posición sentada recta, según vas expulsando el aire. Hazlo suavemente.



Hoja de Registro de Presión Arterial



LÍNEA BASE Y POST MEDICIÓN

Periodo que se evalúa del: al
 DÍA MES AÑO al DÍA MES AÑO

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Día	Fecha	Hora	1ª Lectura		Hora	2ª Lectura		Hora	3ª Lectura		Promedio Diario	
			Sist.	Diast.		Sist.	Diast.		Sist.	Diast.	Sist.	Diast.
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES HIPERTENSOS



Hoja de Registro de Presión Arterial



MEDICIÓN SEMANAL

Periodo que se evalúa del: al
DÍA MES AÑO DÍA MES AÑO

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____ Sexo: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____

Sesión	Fecha	Hora	Lectura		Sesión	Fecha	Hora	Lectura	
			Sistólica	Diastólica				Sistólica	Diastólica
1					8				
2					9				
3					10				
4					11				
5					12				
6					13				
7					14				

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES HIPERTENSOS





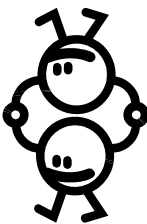
Registro de Conductas



NOMBRE:..... FECHA:.....

INSTRUCCIONES: En cada día de la semana deberá palomear (✓), si realizó cada una de las actividades que se le piden:

Medicamento prescrito por mi médico: Veces al día

Actividad	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
 Medicina	☺ ☺ ☺	☺ ☺ ☺	☺ ☺ ☺	☺ ☺ ☺	☺ ☺ ☺	☺ ☺ ☺	☺ ☺ ☺
 Ejercicio							
 Emociones	Ansiedad Angustia Depresión Ira Culpa Vergüenza Sentirse herido Preocupación Tristeza Enojo Enfado Remordimiento Disgustado	Ansiedad Angustia Depresión Ira Culpa Vergüenza Sentirse herido Preocupación Tristeza Enojo Enfado Remordimiento Disgustado	Ansiedad Angustia Depresión Ira Culpa Vergüenza Sentirse herido Preocupación Tristeza Enojo Enfado Remordimiento Disgustado	Ansiedad Angustia Depresión Ira Culpa Vergüenza Sentirse herido Preocupación Tristeza Enojo Enfado Remordimiento Disgustado	Ansiedad Angustia Depresión Ira Culpa Vergüenza Sentirse herido Preocupación Tristeza Enojo Enfado Remordimiento Disgustado	Ansiedad Angustia Depresión Ira Culpa Vergüenza Sentirse herido Preocupación Tristeza Enojo Enfado Remordimiento Disgustado	Ansiedad Angustia Depresión Ira Culpa Vergüenza Sentirse herido Preocupación Tristeza Enojo Enfado Remordimiento Disgustado



Registro de Alimentación



NOMBRE:..... FECHA:.....

INSTRUCCIONES: Escriba los alimentos que consume, en cada día de la semana.

Actividad	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
 Desayuno							
 Colación							
 Comida							
 Colación							
 Cena							