

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN
PSICOLOGÍA DE LA SALUD



TÉCNICAS COGNITIVO CONDUCTUALES Y SU EFECTO EN LA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LA HTA. DISEÑO EXPERIMENTAL DE
CASO ÚNICO.

TESIS COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN CIENCIAS

PRESENTA:

LIC. ANDREA PAOLA ROBLES DÍAZ

DIRECTOR DE TESIS:

DRA. MÓNICA TERESA GONZÁLEZ RAMÍREZ

MONTERREY, N. L., MEXICO, MAYO DE 2013

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

**MAESTRÍA EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA
SALUD**

La presente tesis titulada “Técnicas cognitivo conductuales y su efecto en la adherencia al tratamiento en la HTA. Diseño experimental de caso único” presentada por Lic. Andrea Paola Robles Díaz ha sido aprobada por el comité de tesis.

Dra. Mónica Teresa González Ramírez
Director de tesis

Dr. René Landero Hernández
Revisor de tesis

Dr. Cirilo H. García Cadena
Revisor de tesis

Monterrey, N. L., México, mayo de 2013

DEDICATORIA

A cada una de las personas que presentan Hipertensión Arterial, ya que pretendo con ella, proveer investigación que aporte conocimiento científico y que motive a otros investigadores a promover la prevención y el tratamiento eficaz de la HTA.

A mis alumnos, aquellos que me han impulsado a seguir en el ámbito docente y de quienes continúo aprendiendo, esperando sembrar en ellos el amor por la investigación y la ciencia.

A un gran ser humano, aquél que me impulsa a ser mejor cada día tanto personal como profesionalmente y a quien amo, el Ing. Enrique Guillermo García Mendiola.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi agradecimiento, principalmente a Dios por darme la oportunidad de trabajar gustosamente en beneficio de la comunidad. A mis padres por tolerar mis desvelos y cansancio en vez de brindarles tiempo y gozar de ellos, a mis hermanos por valorar mi trabajo y estudio; a mis colegas y amigos, Mtra. Inés Marina Aguiñaga Hernández, Mtro. Jesús Pedro Alberto Serrano Leal, Psic. Eva Arriaga Martínez, Mtro. Noeduardo Castellanos Cortez, Mtra. Ana Matilde Rodríguez Martínez, Mtro. Andrés Roberto Ceballos García, Mtra. Nora Isela Macías Núñez y Lic. Fabiola Leticia Morales Aguilar por ayudarme y apoyarme en mi trabajo y vida personal. Especialmente quiero agradecer al Ing. Enrique Guillermo García Mendiola quien me ha apoyado en esta etapa de mi vida.

Así también quiero agradecer a todos los que me ayudaron y colaboraron para la realización de mi tesis, a la Dra. Mónica Teresa González Ramírez, mi asesora y directora de tesis, por el apoyo y comprensión de manera académica y personal que me ha brindado, al Dr. René Landero Hernández, quien constantemente se preocupó por que obtuviera los conocimientos necesarios de investigación, a la Dra. Martha Rodríguez Marroquín, al Dr. José Armando Peña Moreno quien me ha acompañado durante toda mi carrera profesional, al Dr. Cirilo H. García Cadena, al Dr. Lorenzo Sánchez, al Mtro. Pedro Leyva Torres, a la Dra. María Elena Urdiales, al Mtro. Enrique García García, y al Lic. Víctor José Blanco Rocha por su apoyo académico.

También quiero agradecer a las instituciones que han hecho esto posible, a Servicios Médicos del Hospital Universitario de la UANL por su apoyo y colaboración, al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el apoyo económico que me brindó durante mis estudios de maestría, a la Facultad de Psicología de la UANL por hacerme crecer como ciudadana preocupada por su comunidad y a la Universidad Autónoma de Nuevo León porque realmente me motiva a comprometerme en nuestro quehacer profesional, y con quien siempre estaré agradecida.

RESUMEN

En México, existe una alta prevalencia de la Hipertensión Arterial, presentándose con mayor frecuencia en los estados del norte, posiblemente por los hábitos alimenticios o los hábitos laborales que acceden a presentar jornadas largas de trabajo sedentario y exceso de estrés. Sin embargo existe un factor problemático con el que poco se ha intervenido, la adherencia al tratamiento. La presente investigación busca analizar el efecto de técnicas cognitivo conductuales como la psicoeducación y la reestructuración cognitiva, con respecto a la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con HTA, así como con el manejo de la ansiedad. Para esto se optó utilizar un diseño experimental de caso único donde se analizaron las variables anteriores mencionadas de cuatro participantes intervenidos con psicoeducación y reestructuración cognitiva durante 4 sesiones semanales; las variables de interés se midieron mediante la Escala de ansiedad de Hamilton (HAM-A), el Cuestionario de adherencia terapéutica en hipertensión arterial BMG de Martín, Bayarre y Grau y el Fantastic de Douglas Wilson para medir estilo de vida, así como un cuestionario de historia clínica elaborado por la autora. Los resultados mostraron un cambio positivo hacia la adherencia terapéutica en los cuatro casos, siendo la reestructuración cognitiva la técnica cognitivo conductual que demostró tener un mayor impacto para el aumento en la adherencia al tratamiento. Así mismo se pudo obtener información respecto a diferencias y similitudes que los participantes presentaban en diversas variables relacionadas con su estilo de vida, factores de personalidad y estrategias de afrontamiento en la HTA.

Palabras clave: Adherencia al tratamiento, hipertensión, cognitivo conductual.

ABSTRACT

In Mexico, there is a high prevalence of hypertension, occurring more frequently in the northern states, possibly due to dietary and work habits with long hours and excessive stress. However there is a problematic factor with which little has been involved, the adherence to treatment. This research seeks to examine the effect of cognitive behavioral techniques such as psychoeducation and cognitive restructuring with respect to treatment adherence in patients diagnosed with hypertension, and the effect they have on the management of anxiety. For this we chose to use a single-case experimental design where the variables analyzed above mentioned of four participants intervened with psychoeducation and cognitive restructuring for 4 weekly sessions; the variables of interest were measured by the Hamilton Anxiety Scale (HAM-A), the Adherence Questionnaire in hypertension BMG of Martin, Bayarre & Grau, the Fantastic of Douglas Wilson to measure lifestyle and a medical history questionnaire developed by the author. The results showed a positive change in adherence to the four cases, and the cognitive restructuring like a cognitive behavioral technique that proved to have a greater impact for increased the treatment adherence. Also information was available regarding differences and similarities that participants had in several variables related to lifestyle, personality factors and coping strategies for hypertension.

Key words: *Adherence to treatment, hypertension, cognitive behavioral.*

ÍNDICE

CAPÍTULO I	4
INTRODUCCIÓN	4
<i>Definición del Problema de investigación.....</i>	<i>8</i>
<i>Justificación de la investigación.....</i>	<i>8</i>
<i>Objetivos.....</i>	<i>10</i>
<i>Objetivo General.....</i>	<i>10</i>
<i>Objetivos Específicos.....</i>	<i>10</i>
CAPITULO II.....	11
MARCO TEÓRICO.....	12
1. La hipertensión.....	12
1.1 Clasificación de la hipertensión.....	13
1.2 Etiología.....	14
1.3 Factores relacionados con la hipertensión.....	15
<i>1.3.1 No modificables.....</i>	<i>16</i>
1.3.1.1 La involucración de diversos genes.....	16
1.3.1.2 Tener una historia familiar de hipertensión.....	16
1.3.1.3 La edad.....	17
1.3.1.4 El género.....	17
1.3.1.5 Resistencia a la insulina.....	18
<i>1.3.2 Modificables.....</i>	<i>18</i>
1.3.2.1 La ingesta de sodio y grasas saturadas.....	18
1.3.2.2 Baja actividad física.....	20
1.3.2.3 Tabaquismo y Alcoholismo.....	20
1.3.2.4 Estrés y ansiedad.....	21
1.3.2.5 Estilo de vida.....	28
2. Consecuencias de la Hipertensión arterial.....	30
3. Prevención y Diagnóstico.....	30
3.1 Prevención Primaria.....	31
3.2 Prevención Secundaria.....	32
3.3 Pruebas de detección de HTA.....	32
4. Tratamiento.....	34
4.1. Farmacológico.....	35
4.2. No farmacológico.....	37

4.3. El problema de la adherencia al tratamiento.....	38
4.3.1 Intervenciones cognitivo conductuales.....	41
4.3.1.1 Psicoeducación.....	43
4.3.1.2 Reestructuración cognitiva.....	43
CAPITULO III	50
MÉTODO	50
<i>Participantes.....</i>	<i>50</i>
<i>Aparatos e Instrumentos.....</i>	<i>50</i>
<i>Procedimiento.....</i>	<i>53</i>
<i>Diseño utilizado.....</i>	<i>55</i>
CAPITULO IV.....	57
RESULTADOS	57
<i>Descripción de participantes.....</i>	<i>57</i>
<i>Cambios en la Adherencia al tratamiento y ansiedad utilizando diferentes técnicas cognitivo conductuales.....</i>	<i>58</i>
<i>Identificación de variables relacionadas con la adherencia terapéutica.....</i>	<i>61</i>
CAPITULO V	79
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	79
REFERENCIAS	86
ANEXO 1 CUESTIONARIO DE INFORMACIÓN CLÍNICA EN HIPERTENSOS.....	97
ANEXO 2 ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON (HAM-A).....	97
ANEXO 3 FANTASTIC.....	100
ANEXO 4 CUESTIONARIO DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL BMG.....	102
ANEXO 5 CUESTIONARIO DE ADHERENCIA MEDICAMENTOSA DE GONZÁLEZ Y LANDERO	103
ANEXO 6 CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN DEL TRATAMIENTO DE GONZÁLEZ Y LANDERO	104
ANEXO 7 HOJAS DE TRABAJO DEL TRATAMIENTO PSICOEDUCATIVO	105
ANEXO 8 HOJAS DE TRABAJO DEL TRATAMIENTO CON REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA	115
ANEXO 9 CONSENTIMIENTO INFORMADO	126

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

TABLAS.

Tabla 1.	Enfermedades Hipertensivas.	12
Tabla 2.	Clasificación de la Hipertensión.	13
Tabla 3.	Medicamentos más utilizados en la HTA y su función.	36
Tabla 4.	Medicamentos utilizados con menor frecuencia en la HTA y su función.	36
Tabla 5.	Adherencia al tratamiento antes y después de la intervención.	58
Tabla 6.	Puntuaciones brutas de adherencia al tratamiento de los participantes.	59
Tabla 7.	Diferencias antes y después de la intervención sobre adherencia.	59
Tabla 8.	Ansiedad manifestada por participante.	60
Tabla 9.	Diferencias en la ansiedad respecto a los grupos de intervención.	60
Tabla 10.	Comparación del efecto esperado en cada una de las técnicas.	61
Tabla 11.	Porciones consumidas durante el día.	63
Tabla 12.	Percepción de cada grupo respecto al tratamiento antes y después de la intervención.	65
Tabla 13.	Percepción de los participantes respecto al tratamiento antes y después de la intervención.	66
Tabla 14.	Análisis de variables del participante 1	66
Tabla 15.	Análisis de variables del participante 2	69
Tabla 16.	Análisis de variables del participante 3	71
Tabla 17.	Análisis de variables del participante 4	74
Tabla 18.	Cambios en las variables de cada participante después de la intervención.	77
Tabla 19.	Análisis de variables con cambio después de la intervención	77
Tabla 20.	Factores de protección de los participantes.	78

FIGURAS.

Figura 1.	Fórmula elaborada a partir de la Ley de Laplace.	14
Figura 2.	Esquema del análisis durante enfermedad según el modelo de creencias de salud de Becker en Álvarez, 2002.	42

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Actualmente la prevención y tratamiento de la Hipertensión Arterial (HTA), es una inquietud para el sector salud ya que en el 2008 se situaron a las enfermedades cardiovasculares (dentro de las enfermedades no transmisibles en personas menores de 70 años) como las responsables del 39% de la mortalidad a nivel mundial (OMS, 2011a).

En México, el Sistema Nacional de Información de Salud en el año 2008 reportó que las enfermedades del corazón ocupan el primer lugar como causa de mortalidad general, donde se incluyen a las enfermedades hipertensivas codificadas por el CIE-10 con el código I10 al I15.

Por otra parte, según el Programa Nacional de Salud 2007-2012 (SSA, 2007), en nuestro país el 30.8% de la población mayor de 20 años padece HTA y asciende a 50% en los hombres y casi 60% en las mujeres después de los 60 años; sin embargo es importante mencionar que este padecimiento tiene una distribución geográfica muy específica, mostrando las mayores prevalencias en los estados del norte del país.

Considerando lo anterior, es importante mencionar que el riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular, se va duplicando con cada incremento de 20 mmHg en la presión arterial sistólica o 10 mmHg en la diastólica, en individuos de 40 a 70 años (Jo, Ahn, Lee, J., Shin, K. R., Lee, H. K. y Shin, C., 2001 en Figueroa y Ramos, 2006); la hipertensión incrementa de 3 a 4 veces el riesgo de cardiopatía isquémica, así como hasta 8 veces la incidencia de tener un accidente cerebro vascular en pacientes con HTA definitiva y se atribuye que el 40% de los casos de infarto agudo al miocardio son causados por este mal (OMS, 2004).

Sin embargo, un mínimo cambio en la presión arterial implica un importante beneficio dirigido a disminuir dichas estadísticas, por lo tanto es necesario realizar intervenciones que causen impacto positivo en la promoción de la salud y en la prevención de enfermedades que tengan alto porcentaje de mortalidad, como lo es la HTA, que nos implica a toda la población en general, en especial a los estados del Norte de México. ¿Pero de qué manera puede el psicólogo clínico generar un cambio significativo en la población ante esta enfermedad?

La Secretaría de Salud en el 2001 reportó una esperanzadora afirmación, mencionando que existen cuatro factores de riesgo cardiovascular modificables, entre los cuáles están: 1) la hipertensión arterial, 2) la diabetes, 3) la obesidad y 4) el tabaquismo.

Es por esto que en México como parte de la labor de prevención, el Programa Nacional de Salud 2007-2012, se plantea diez estrategias que se agrupan en las áreas que constituyen las funciones sustantivas del Sistema Nacional de Salud: rectoría efectiva, financiamiento equitativo y sostenible, y generación de recursos suficientes y oportunos.

Una de éstas estrategias es la de “Impulsar una política integral para la prevención y control del sobrepeso, obesidad, diabetes mellitus y riesgo cardiovascular”, la cual justifica que los anteriores comparten factores de riesgo como la falta de actividad física y una nutrición inadecuada; por lo tanto propone: “Consolidar un programa interinstitucional en materia de promoción de la salud y prevención y control del sobrepeso, la obesidad, los riesgos cardiovasculares y la diabetes”.

Lo anterior es con la intención de llegar a tener a 45% de los pacientes diabéticos e hipertensos bajo control y conformar por lo menos un grupo de ayuda mutua por tipo de padecimiento por unidad pública de salud, así como consolidar la coordinación interinstitucional en materia de prevención, promoción y control del

riesgo cardiovascular y diabetes. Así mismo se propone incrementar en 15% la detección de riesgo cardiovascular y diabetes en población mayor de 20 años.

De igual forma como respuesta a los retos en salud pero específicamente de la frontera norte, el Programa Nacional de Salud 2007-2012 propone: “diseñar estrategias de promoción de estilos de vida saludables; implantar iniciativas para la prevención, detección y control temprano de los riesgos emergentes; abatir de manera definitiva las enfermedades del rezago epidemiológico, y fortalecer las actividades de vigilancia epidemiológica, sobre todo aquellas que son de interés binacional”.

Se pretende que a través de cinco programas prioritarios, a saber, uno de los cuáles es el Programa de Atención de Riesgos Emergentes en la Frontera Norte/ Frontera Saludable 2010, se impulsen diversas estrategias dirigidas a enfrentar los riesgos asociados a las enfermedades no transmisibles y las lesiones, en particular, la mala nutrición, el sedentarismo, la inseguridad vial y la hipertensión.

Respecto a los esfuerzos que se realizan para abatir y prevenir la enfermedad de la hipertensión y sus padecimientos posteriores, la mayoría de los estudios e investigaciones que se han realizado sobre las intervenciones psicológicas para controlar la presión arterial (Arrivillaga, Varela, Cáceres, Correa y Holguín, 2007; Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular, 2009; Crespo, Rubio, Casado y Campo, 2005; Labiano y Brusasca, 2002; Miguel, Cano, Casado y Escalona, 1994; Molerio y García, 2004; Moreno, Contreras, Martínez, Araya, Livacic-Rojas y Vera-Villarroel, 2006; Riveros, Cortazar, Alcázar y Sánchez, 2005a; Sánchez, 2008) u otros factores relacionados con la ansiedad (Camuñas, García, Vivas, Morales, Aranda y Cano, 2001; Capafons, 2001; Casado, Camuñas, Navlet, Sánchez y Vidal, 1997; Del Pino, Gaos, Dorta, y García, 2004; Miguel et al., 1994; Peralta, Robles, Navarrete y Jiménez, 2009; Riveros, Ceballos, Laguna y Sánchez, 2005b; Sánchez, Velasco, Rodríguez y Baranda, 2006), mencionan como efectivas a las técnicas cognitivo-conductuales,

sin embargo algunas no especifican ciertos factores o características esenciales de importancia en los estudios, como el tiempo de duración de las sesiones de dichas intervenciones (Mías, 2003; Sánchez, 2008) y el tiempo entre las sesiones de intervención realizadas así como del registro de nivel de presión arterial (Arrivillaga et al., 2007; Crespo et al., 2005; Miguel et al., 1994; Riveros et al., 2005a; Sánchez, Velasco, Rodríguez y Baranda, 2006), además de la forma y contenido de las sesiones, que considero es relevante en este tema, puesto que existe relación entre la percepción que se tiene hacia el tratamiento y el mantenimiento de conductas que promuevan el control de la HTA, y conocer las características de aquellos tratamientos que han tenido éxito sería beneficioso.

Por otra parte Figueroa et al. en 2006, indicaron que hasta ese año existían pocas investigaciones sobre los factores antecedentes que pueden prevenir la HTA y la relación que se guarda respecto a la presencia de uno o de diferentes factores de riesgo hereditarios, higiénico-dietéticos y psicológicos (estresores cotidianos) y una historia familiar positiva o negativa de antecedente familiar de hipertensión arterial. Así mismo Piña en 2005 comentó que durante el periodo del año 2000 a 2004 en México se observó interés por la investigación sobre el estrés y la calidad de vida en las enfermedades crónicas en general, pero poco contenido se centraba en la adhesión al tratamiento.

Por lo tanto se considera necesario realizar estudios que describan los factores relevantes de las características internas (recursos personales, historial clínico, estilo de vida) o externas (redes de apoyo, relación con médico y tratamiento, dificultades socioeconómicas o en el sistema de salud) que motivan a un paciente con Hipertensión Arterial a llevar a cabo una adecuada adherencia al tratamiento, considerando el éxito que han tenido las técnicas cognitivas como la reestructuración y la psicoeducación para modificar variables de estilo de vida y de igual manera llevar a cabo estudios longitudinales, que pudiesen ver los efectos de la adherencia al tratamiento en cuanto a la regulación de la presión arterial y la disminución de la ansiedad.

Definición del Problema de investigación.

La presente investigación se enfoca en identificar los factores que influyen en la intervención cognitivo-conductual para mejorar la adherencia al tratamiento, considerando las técnicas de psicoeducación y reestructuración cognitiva, así como analizar los cambios de ansiedad que manifiestan los participantes mediante las intervenciones psicológicas mencionadas.

Justificación de la investigación.

La Hipertensión Arterial es una enfermedad crónica que lamentablemente ha sido desplazada como foco de atención en las investigaciones pues se procura investigar otros temas de salud también importantes como lo son enfermedades o padecimientos que se consideran más peligrosos o en los cuáles el adecuado tratamiento aún está en tela de juicio, agregando a esto la intención de encontrar resultados teóricos más que prácticos, e interventivos más que preventivos.

Es por esto que la intención del presente estudio es profundizar mediante el análisis de casos, las variables existentes y motivantes que hacen que un paciente con HTA pueda llevar a cabo un tratamiento eficaz, es decir una completa adherencia a su tratamiento que le permita llevar un estilo de vida saludable mediante el cambio de conductas, poniendo a prueba la efectividad de algunas de las técnicas cognitivo-conductuales, que según los estudios realizados con anterioridad, son útiles como intervención para reducir la presión arterial (Arrivillaga et al., 2007; Crespo et al., 2005; Holguín et al., 2006a, 2007b; Miguel et al., 1994; Mías, 2003; Riveros et al., 2005a; Sánchez et al., 2006; Varela, 2010).

Otras investigaciones por otro lado han concluido, que la adherencia al tratamiento es un factor relacionado con la regulación de la presión arterial (Carhuallanqui, Diestra, Tang y Málaga, 2010; Comité de Hipertensión Arterial de la Federación

Argentina de Cardiología, 2000; Granados y Roales, 2007; Holguín et al., 2006; Vinaccia et al., 2006).

Por otro lado basados en los resultados de Guo, Zou, Zhang, Li, Zheng, Sun et al. en 2011, se procura considerar y analizar en este estudio factores biológicos y sociales que pueden llegar a ser predictores de la HTA como lo es el consumo de alcohol y tabaco, la edad y sexo de los participantes, así como hábitos de alimentación, y otras variables del estilo de vida como el estrés que en estudios anteriores (Álvarez, Benavides, Bueno, Cuadros, Echeverri, Gómez et al., 2006; Arrivillaga, Cáceres, Correa, Holguín y Varela, 2006; Cea, Brazal y González-Pinto, 1997; López, Sánchez, Rodríguez y Vázquez, 2004; Miguel et al., 1994; Palmero, Brea y Espinosa, 1994; Varo, Martínez y Martínez, 2003) han considerado por tener una relación significativa respecto a las características emocionales, cognitivas y conductuales que representan al estrés, en este caso, de la ansiedad y la regulación de la presión arterial con la intención de prevenirlos.

Así mismo dicha investigación aportará información que será necesaria para beneficiar a la población con HTA, es decir un 30% aproximadamente de la población mundial actual; sin embargo debe considerarse que estas cifras irán en aumento puesto que la población mayor de 65 años asciende a poco más de 5 millones de personas y se espera que para el año 2050, los adultos mayores sean cerca de 32 millones y representen el 24.6% de la población total, esto en consecuencia a que los adultos mayores viven más tiempo y por ende las enfermedades crónicas han ido desplazando a las enfermedades transmisibles como principales causas de muerte.

Estos acontecimientos causan el incremento de necesidades de salud asociadas a una mayor demanda y utilización de servicios de consulta externa, hospitalización, rehabilitación y apoyo social (SSA, 2007). Claro está que los costos económicos asociados al tratamiento de esta enfermedad, y especialmente a las

complicaciones que devienen de ésta, representarán una carga para los pacientes y para los servicios de salud (Norma Oficial Mexicana, 1999).

Por lo anterior, se busca tener bases importantes para proporcionar a la población herramientas para reducir su nivel de presión arterial y mejorar su calidad de vida, estableciendo pautas para una salud preventiva.

Objetivos.

Se pretende por lo anterior con esta investigación, obtener datos directos de pacientes con HTA para poder analizar los efectos que se tienen sobre variables inmersas en este padecimiento como lo son la ansiedad, la adherencia al tratamiento, la efectividad de técnicas de intervención y las conductas de estilo de vida saludable; se infiere que existen relaciones entre dichas variables, pero principalmente se desea conocer cuál es el efecto que tienen sobre la adherencia al tratamiento, para que en un futuro se estudie si éstas ayudan para que los cambios comportamentales de las personas con HTA perduren a lo largo de sus vidas. Por consiguiente describiremos los objetivos de la investigación como sigue:

Objetivo General.

Identificar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento y la ansiedad en pacientes hipertensos bajo una intervención cognitivo conductual.

Objetivos Específicos.

Identificar el nivel de adherencia al tratamiento y de ansiedad, antes y después de una intervención cognitivo-conductual.

Identificar las variables modificadas después del tratamiento en los participantes.

Analizar las similitudes y diferencias en los cambios de adherencia al tratamiento y ansiedad en pacientes hipertensos bajo una intervención de reestructuración cognitiva y bajo una intervención psicoeducativa.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

1. La hipertensión.

Como hemos mencionado anteriormente la Hipertensión Arterial (HTA) es una de las enfermedades más importantes del siglo XXI, de hecho el Órgano Oficial de la Liga Uruguaya Contra la Hipertensión Arterial (LUCHA), en el 2000 la llamó la enfermedad del asesino silencioso del siglo XXI. Pero ¿qué es la hipertensión arterial?, se dice que una persona tiene HTA cuando existe en ella, un aumento crónico de las cifras de presión arterial por encima de lo normal (140mmHg de tensión sistólica y 85mmHg de tensión diastólica) (Diccionario médico, 2003).

Dentro de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), se puede encontrar en el capítulo IX de las Enfermedades del Sistema Circulatorio, como enfermedades hipertensivas, entre las que están:

Tabla 1.

Enfermedades Hipertensivas.

Clave	Nombre	Descripción
I10	Hipertensión arterial esencial primaria	No significa que la causa sea desconocida, sino que una causa única no se ha establecido (Cabrera, 1996).
I11	Enfermedad Hipertensiva Cardíaca	Patología o complicaciones que aparecen en el corazón como respuesta a las mayores demandas exigidas por la hipertensión arterial persistente.
I12	Enfermedad Hipertensiva Renal	Hipertensión arterial causada por la disminución del diámetro de las arterias que vascularizan los riñones.
I13	Enfermedad Hipertensiva cardíaca y enfermedad hipertensiva renal	Hipertensión arterial que provoca complicaciones del corazón y renales.
I15	Hipertensión arterial secundaria	Resulta de una enfermedad, un hábito crónico o uno o varios medicamentos.

Clasificación de las enfermedades hipertensivas, elaborado por la autora según la Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE-10(2008).

En esta investigación nos referiremos a la Hipertensión Arterial Esencial o HTA Primaria, ya que en el 90% de los casos, la causa de la HTA, es desconocida y en un 5 a 10% de los casos existe una causa directa que provoca dicha enfermedad, pero por razones que explicaremos más adelante queremos enfocarnos en la HTA que aparentemente no es causada por algún padecimiento o enfermedad física.

1.1 Clasificación de la hipertensión.

Según la Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial (1999), se puede clasificar la Hipertensión arterial según su presión en:

Tabla 2.

Clasificación de la Hipertensión.

Tipo de presión arterial	Clasificación	Criterios: Sístole/Diástole
Normotensión	Presión arterial óptima:	<120/80 mm de Hg
Pre-hipertensión	Presión arterial normal:	120-129/80 - 84 mm de Hg
	Presión arterial normal alta:	130-139/ 85-89 mm de Hg
Hipertensión	Etapa 1/HTA leve:	140-159/ 90-99 mm de Hg
	Etapa 2/HTA moderada:	160-179/ 100-109 mm de Hg
	Etapa 3/HTA grave:	>180/ >110 mm de Hg
	Hipertensión sistólica aislada:	>140/<90 mm de Hg clasificándose en la etapa que le corresponda (leve, moderada o grave).

Clasificación del tipo de Hipertensión según la Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial (1999) y considerando la pre-hipertensión de acuerdo a la propuesta de Arrivillaga et al. (2007).

Es importante recalcar que la hipertensión arterial también ocasiona daño a diversos órganos como el corazón y el riñón (Aristizábal, Pineda, Urina, Manzur, García y Olivo, 2007) y es la causante de diversos malestares en el organismo, como dificultades en el sistema nervioso central, arterosclerosis, e incluso disfunción eréctil. Esto provoca que exista un sesgo en las estadísticas de causa

de mortalidad de las personas, puesto que se considera a partir de otras enfermedades y no directamente a la HTA como debiese mencionarse.

1.2 Etiología.

Aunque la etiología de la hipertensión arterial esencial es desconocida, es ampliamente aceptado que tiene componentes genéticos y ambientales donde el estilo de vida desempeña un papel importante (Arrijoja, 2001; Arrivillaga et al., 2006; Fernández y Martín, 1994; Holguín et al., 2006; Landeros et al., 2004; Miguel et al., 1994; Palmero et al., 1994; Wilson, Nielsen y Ciliska, 1984)

Convendría preguntarnos entonces ¿cuál sería el factor o variable presente para que se desarrollara la hipertensión arterial? Existen diferentes posturas al respecto; la ley de Laplace dice que la presión arterial depende de la tensión y del radio del vaso sanguíneo (Aristizábal et al., 2007) dicho de otro modo sería:

$P = \frac{T}{R}$	<p>P: presión</p> <p>T: tensión</p> <p>r: radio</p>
-------------------	--

Figura1. Fórmula elaborada a partir de la Ley de Laplace.

También se dice que la presión arterial depende en sí de dos cosas: 1) Del gasto cardíaco y 2) De la resistencia vascular. Dentro de ésta última podemos decir que para que exista una resistencia vascular puede ocurrir, que aumente la viscosidad en la sangre, que no haya maleabilidad en los vasos sanguíneos, que las paredes de éstos cambien su espesor o que el volumen de la sangre aumente. Fisiológicamente hablando existen otros factores que influyen para lo anterior, ya sea que el sistema renina-angiotensina-aldosterona actúa reteniendo sodio y agua; o que la vasopresina, que es una hormona antidiurética que actúa como vasoconstrictor, a su vez hace que la sal aumente la presión sanguínea (Pimenta y Oparil, 2009); sin embargo, la acción de la adrenalina y noradrenalina, que se origina a partir del estrés, también están implicados en relación a la presión

arterial, al provocar vasoconstricción y modificando ritmo y fuerza de las contracciones del corazón.

Pickering menciona que existen dificultades en cuestión de la medida de presión arterial (PA), ya que se puede presentar un fenómeno al que llamó hipertensión clínica aislada, donde los sujetos que presentaban cifras elevadas de PA en consulta y una PA normal en medidas ambulatorias y la hipertensión enmascarada, en donde ocurre lo contrario, lo cual implica un riesgo en la HTA (Domínguez, Fernández y Mojón, 2010).

1.3 Factores relacionados con la hipertensión.

El problema de la HTA tanto para los profesionales de la salud y los que la padecen, es que la presión arterial elevada, suele ser asintomática, pero está asociada a ciertos factores específicos; se han realizado investigaciones de las variables existentes como estímulos o factores de riesgo de la hipertensión arterial, con la intención de poder mejorar esta área de oportunidad. Siendo así el Consenso Latinoamericano sobre Hipertensión Arterial en el año 2001 consideró diversos factores de riesgo que están estrechamente asociados con un incremento significativo de la enfermedad cardiovascular y los dividió en: modificables y no modificables (Figuroa et al., 2006).

Los factores de riesgo no modificables son aquellos que no pueden ser tratados, sin embargo los factores modificables suelen ser conductas que pudieran llegar a ser cambiadas por la persona hipertensa, de los cuáles se hablará más adelante. Es aquí donde surge la actividad del psicólogo que funge como puente al investigar dichas variables modificables y presentar alternativas de tratamiento para el manejo de algunas, dentro de las cuales el uso de intervenciones cognitivas conductuales apuntan ser significativamente exitosas (Canales, 2009; Crespo et al., 2005; Holguín et al., 2006; Riveros et al., 2005a; Riveros et al., 2005b; Sánchez, Velasco, Rodríguez y Baranda, 2006). A continuación describiremos los factores de riesgo más mencionados que pueden provocar HTA.

1.3.1 *No modificables.*

1.3.1.1 La involucración de diversos genes.

La teoría genética basada en las investigaciones realizadas en estudios de “genes candidatos”, menciona que se han identificado alrededor de 100 genes como causantes de la HTA, lo anterior se concluyó ya que las mutaciones de diversos genes, como el gen de renina, el gen de quinina y de la calicreína, y las prostaglandinas renales, codifican proteínas propias del control de la presión arterial, así como también genes que codifican factores que regulan la homeostasis del calcio y el sodio, la bomba de sodio-potasio, proteína C y el fosfoinositol, los implicados en el Sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona (RAS), en los transportadores iónicos, en los sistemas vasomotores y en el Sistema Nervioso Adrenérgico (Giménez, 2003 citado en López, Mardones y Moya, 2004). Sin embargo, los estudios genéticos no siempre están al alcance de todos, puesto que deben realizarse en laboratorios especializados, son costosos y no generan una información relacional directa.

1.3.1.2 Tener una historia familiar de hipertensión.

Este factor predice de forma significativa la probabilidad de padecer HTA en un futuro, claro está dependiendo de otras variables como el sexo y la edad de la persona en riesgo (Maicas, Lázaro, Alcalá, Hernández y Rodríguez, 2003). Si uno de los padres presenta hipertensión arterial existe una probabilidad del 25% a desarrollar la enfermedad en alguna etapa de la vida, en cambio si ambos padres padecen de alta presión, la probabilidad se incrementa a un 60% (Van der Sande et al., 2001 citados en Figueroa, 2006). Por otro lado Huerta, Bautista, Irigoyen y Arrieta (2005) mencionan que aunque existe un porcentaje menor de relación entre los antecedentes familiares y la HTA, éste, puede ser considerado como factor de riesgo mayor; y que, al brindar dicha información al paciente, la mortalidad de la persona con HTA puede ser reducida hasta un 30% siempre y cuando maneje los demás factores de riesgo.

1.3.1.3 La edad.

La edad promedio de inicio de la enfermedad según Carrasco, Pérez, Oviedo y Reyes (2004) se sitúa entre los 25 y 55 años. En una investigación donde participaron 246 pacientes mexicanos que padecían de HTA, se encontró que el rango de edad era amplio pues los participantes oscilaban entre los 22 a los 91 años de edad, presentando una media de 63. 5 años y una desviación estándar de 11. 4 años (Huerta et al., 2005). Así mismo, en un estudio realizado en Monterrey, Nuevo León, México, se investigó la prevalencia de HTA en una muestra conformada por 105 varones y 122 mujeres, donde se encontró que la prevalencia de la presión arterial considerando rangos de edad, aumenta de manera paralela, resultando con mayor prevalencia en los rangos de 50 años o más (Cárdenas et al., 2007). Esto posiblemente debido a que hay una probabilidad de incrementar la presión arterial conforme se aumentan los años de vida, ya que se generan mayor número de fibras de colágeno en las paredes arteriales lo que hace que el área del vaso se reduzca.

1.3.1.4 El género.

En México al igual que en Estados Unidos, se presenta una probabilidad mayor en hombres que en mujeres, pudiese pensarse que esto se debe a la imagen publicitaria que se vende, es decir que la imagen corporal en edades tempranas es un factor de cuidado, pero disminuye el mismo a partir del incremento de edad. Sin embargo en los últimos años se ha visto una prevalencia total de la hipertensión más alta en mujeres que en hombres, principalmente en los rangos de edad que comprenden la posmenopausia (Taddei, 2009).

Es por esto que Van Der Niepen y Verbeelen en el 2011 consideraron importante conocer la fisiología propia de cada género para aventajar la intervención farmacológica y no farmacológica de la persona con HTA así como considerar los diferentes factores que intervienen en la HTA según el sexo, como por ejemplo, la

edad y la duración de la HTA que a diferencia de las mujeres, en los hombres se asocia positivamente sobre el control de la presión arterial.

1.3.1.5 Resistencia a la insulina.

Ya que la hipertensión y ésta se presentan juntas con una frecuencia mayor de lo que se esperaría por azar; la insulina tiene la función de ayudar a la retención renal de sodio (Na) lo que provoca un aumento del volumen intravascular y la actividad del Sistema Nervioso Simpático que a su vez, incrementa las resistencias periféricas, el gasto cardíaco y la proliferación de las células musculares lisas, facilitando la aterogénesis provocando una alteración en el transporte transmembrana e incrementando la concentración de Ca intracelular y la resistencia vascular lo que hace difícil el transporte de la sangre por las arterias (Maicas et al., 2003).

1.3.2 *Modificables.*

Por otro lado, varios estudios han demostrado la asociación de la hipertensión arterial con algunos componentes del estilo de vida (Arrija, 2001; Crespo et al., 2005; Figueroa, 2006; Nyklíček y Vingerhoets, 2009; Palmero, 1994), y algunos de éstos son llamados factores modificables puesto que representan hábitos del ser humano y son actividades que llegan a formar parte de nuestro estilo de vida como por ejemplo:

1.3.2.1 La ingesta de sodio y grasas saturadas.

Existe controversia en el tema del consumo de la sal (Cloruro de Sodio), ya que el componente que en exceso causa altas cifras de presión arterial es el sodio. Por otra parte muchos justifican su consumo al mencionar que el cuerpo requiere cierta cantidad de sodio para regular líquidos corporales y mantener algunas funciones esenciales del cuerpo, pero gracias a miles de años de evolución, dicha cantidad de sodio se ha encontrado naturalmente en los alimentos y el cuerpo

aprendió a retenerla y conservarla. Sin embargo Cordain en 2005 menciona que el cambio dietético que se ha producido en conjunto con la revolución industrial alimenticia, provocó que cerca del 75% del consumo de sal, se dé a partir del agregado de ésta en productos fabricados, el 15% agregado durante la preparación de alimentos y el 10% se encuentra naturalmente en éstos, por lo que el 90% de la sal consumida es manufacturada.

Así mismo la cantidad consumida de sodio en la dieta común de Estados Unidos es de 9.6g, siendo que el nivel de ingesta de sal recomendada internacionalmente por la OMS (2011b) en una declaración política en 2009 en Santiago Chile, menciona que deberá ser menor a 5g al día. Sin embargo en México se realizó un Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, con el Programa de Acción en escuelas secundarias "Mas Agua, Menos Sal", donde se realizan campañas de información sobre la lectura de etiquetas de información nutricional para producir un consumo recomendado de 2g o menos al día de sodio.

Existe una relación entre el aporte de sal excesivo y la HTA la cual está determinada por investigaciones donde se realizan estudios comparativos de la influencia de la sal en la presión arterial, al aumentar el volumen sanguíneo y elevar el gasto cardiaco (Denton, 1997 en Maicas, 2003). En el estudio "Intersalt" realizado en diferentes países, se encontró que existía una "sensibilidad a la sal", ya que en un mismo nivel de ingesta de sodio (Na), algunos pacientes eran sensibles a ésta, es decir, que su presión arterial se elevaba con un incremento de la cantidad de sal y disminuía con un menor consumo, sin embargo otros pacientes no presentaban la misma respuesta, resultando que 51% de hipertensos y 26% de normotensos (con presión arterial normal) eran sensibles al Na.

La ingesta de grasas saturadas por otro lado también está relacionada ampliamente con este padecimiento puesto que generalmente la presión arterial aumenta debido a que la circunferencia de las arterias disminuye por la acumulación de grasas en la misma. De hecho el efecto promedio de la pérdida

de 1Kg de peso corporal es la disminución de 1.6/1.3 mmHg en la presión sanguínea sistólica/diastólica (Kaplan, 1990 en Figueroa, 2006). Sin embargo Zendejas en 1995 realizó una investigación con 70 personas y encontró que existían un alto porcentaje (77%) de personas normotensas que presentan altos grados de consumo de grasas.

1.3.2.2 Baja actividad física.

Diversos estudios han demostrado el aumento de incidencia de hipertensión arterial que aparece entre los sujetos sedentarios, independientemente de otros factores de riesgo para el desarrollo de hipertensión arterial (Varo et al., 2003) Realizar ejercicio por lo contrario, ayuda a disminuir la presión arterial hasta 4.7 mm de presión sistólica y 3.1 mm de diastólica, así como a reducir los lípidos, una persona que realiza ejercicio con regularidad puede reducir eventos cardiovasculares desde un 30% hasta un 50% (Gutiérrez, 2001). Aunque por otra parte Hauswirth y Le Meur (2011) consideran una diferencia de la disminución de la presión arterial en mujeres y en hombres, ya que generalmente disminuye de mayor forma en las primeras, dado que se recupera la circulación venosa de manera adecuada y se tornan más rápido a la homeostasis después de hacer ejercicio intenso breve.

1.3.2.3 Tabaquismo y Alcoholismo.

El fumar disminuye el flujo sanguíneo e incrementa la presión arterial, de hecho, un fumador tiene 3 veces más riesgo de sufrir infarto, y si hay más factores de riesgo presentes la probabilidad puede incrementarse hasta 8 veces más (Morales y Gutiérrez, 2001 en Figueroa, 2006).

Así mismo el consumo del alcohol está relacionado como factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, sobre todo en personas que consumen más de 30ml de alcohol absoluto al día, produciendo hipertensión y arritmias cardiacas y reduciendo el flujo sanguíneo cerebral. Sin embargo es recomendado su uso en

dosis bajas, puesto que eleva las concentraciones de Lipoproteínas de Alta Densidad (HDL) también conocido como colesterol bueno, que en los hombres se encuentra en niveles más bajos a comparación de las mujeres. Las HDL ayuda a retirar el colesterol de las arterias y a transportarlas al hígado (SSA, 2001).

1.3.2.4 Estrés y ansiedad.

El estrés y la ansiedad son ampliamente relacionados con la regulación de la presión arterial, pero para poder comprender la HTA, es necesario conocer un poco de la psicofisiología que afecta la presión arterial en un individuo (Cea et al., 1997; López, Rodríguez, Munguía, Hernández y Casas, 2000).

Una población vulnerable a presentar hipertensión arterial, presenta características como: rasgos de ansiedad, emociones negativas o estrés diario. El cuerpo busca constantemente adaptarse al ambiente y las circunstancias a las que se dispone, por lo tanto, se manifiesta en éste, procesos dedicados a realizar dicha función como lo es el estrés.

El estrés es una consecuencia psicofisiológica de cualquier suceso que desafía la capacidad del organismo para enfrentar la sobrevivencia, citando la respuesta endocrinológica estereotipada de diversos estímulos (Selye, 1956; 1973, en Catanzaro, 2001 pp. 171-173).

El concepto de estrés ha venido a tener diversas transformaciones durante años, el término estrés proviene del vocablo *distrés*, que en inglés antiguo tenía un significado equivalente a “pena” o “aflicción”, pero con el tiempo ha perdido su primera sílaba (*dis*) hasta convertirse en el actual estrés (Fernández-Abascal y Palmero, 1999 en Canales, 2009). También puede conceptualizarse de diferentes maneras, ya sea como estímulo o fenómeno del ambiente externo (Bernard, 1987 en Pose, 1999), como una respuesta fisiológica en el organismo del individuo como forma de adaptación al cambio (Selye, 1960 en Catanzaro, 2001) o como un proceso de interacción entre el individuo y las situaciones del ambiente externo

(Sandín, 2003) que en este caso podemos llamarlo estrés psicosocial (González y Landero, 2007).

Según la teoría transaccional del estrés de Lazarus y Folkman, el estrés implica una relación entre el individuo y su entorno, donde se realiza un proceso de evaluación cognitiva de la situación en relación al bienestar personal. Esta evaluación puede ser de tres tipos: 1) Primaria.- es la evaluación del tipo de demanda de una situación que puede considerarse como amenazante, de daño o pérdida, de desafío o beneficio (ésta última no genera reacciones de estrés); 2) Secundaria.- es la evaluación de los propios recursos para afrontar la situación; y 3) Reevaluación.- se refiere a la retroalimentación de las valoraciones anteriores y éstas pueden ser corregidas (González y Landero, 2008).

De cualquier manera el estrés se manifiesta en distintos aspectos de nuestro ser, cognitiva, fisiológica y conductualmente. Una de las respuestas del estrés, es la ansiedad, dicha palabra proviene del latín “anxietas”, que significa inquietud, congoja o aflicción (Cia, 2003), ésta es un fenómeno “psíquico” universal que todos experimentamos en mayor o menor medida en la vida cotidiana; es un estado o sensación de agitación, incertidumbre y temor, que resulta de una amenaza o peligro que generalmente es de origen intrapsíquico más que externo (Bleger, 1998; Latorre y Beneit, 1994 en Álvarez et al., 2006), esta reacción de alarma provoca a su vez la liberación de signos fisiológicos ya que el sistema nervioso autónomo aumenta el ritmo cardiaco, disminuyendo la actividad vagal, aumentando los niveles de catecolaminas, potenciando el sistema renina-angiotensina-aldosterona y/o disminuyendo sensibilidad del reflejo barorreceptor, provocando reacciones de sudoración, ruborización, respuestas gástricas y dificultades respiratorias que puede llevar a algunos individuos a una sensación de miedo e incluso pánico, por dicha reacción (Álvarez et al., 2006).

Sin embargo la ansiedad es necesaria en nuestra vida diaria y se considera adaptativa, siempre y cuando nos ayude para prepararnos a responder en las mejores condiciones posibles ante circunstancias amenazadoras o de riesgo. El

problema es que muchas de las circunstancias o eventos externos, en realidad no son amenazadores pero para la persona resultan casi invencibles y fuera de su control. Muchas veces la ansiedad se presenta ante las cogniciones mal evaluadas, de hecho ciertas creencias irracionales metacognitivas están relacionadas en trastornos derivados de la ansiedad y el estrés (Pérez, 2010) y éstas se presentan como respuesta de hechos o situaciones estresantes externos, que como explicaremos más adelante, varían de una persona a otra.

Cabe aclarar que la ansiedad por sí misma no se considera una enfermedad, ya que partiendo de su función, ésta se encuentra contemplada en la amplia gama de respuestas emocionales que presenta cualquier persona, cuando conserva cierta frecuencia, intensidad, recurrencia y duración tiene una utilidad y un fin, (Montelongo, Lara, Morales y Villaseñor, 2005).

Sin embargo, cuando el nivel de activación y su duración son desproporcionados con respecto a la situación objetiva, o cuando no es capaz de generar una respuesta adecuada, se habla de ansiedad patológica. González en 1993, propone definir la ansiedad como “un modelo complejo y variable de conductas, en el que quedan incluidas tanto respuestas objetivas, motoras y fisiológicas, como estados emotivos y subjetivos-cognitivos de preocupación, temor y desasosiego”. En esta definición, se puede ver el carácter multidimensional de este concepto, incluir distintos componentes de respuesta: afectivos, cognitivos, motores y fisiológicos, la naturaleza de las situaciones estimulantes y las características individuales del sujeto (Sáiz, Durán, Paredes y Bousoño, 2001).

Las manifestaciones cognitivas de la ansiedad pueden ir desde una leve preocupación, hasta el pánico, incluso una preocupación por los peligros desconocidos o temores de perder el control sobre las funciones corporales. Las manifestaciones conductuales por otra parte, implican la evitación de situaciones provocadoras de ansiedad y los cambios somáticos incluyen la respiración entrecortada, resequedad de la boca, manos y pies fríos, micción frecuente,

mareos, palpitaciones cardíacas, elevación de la presión sanguínea, aumento de transpiración tensión muscular e indigestión (Sáiz et al., 2001). Sin embargo las respuestas de la ansiedad pueden ser diferentes de cultura a cultura e implican diferencias con respecto a las situaciones o normas de cada una (Caballo et al., 2010).

Sandín en 2003 explica cómo el estrés viene a desencadenarse a partir de la adaptación ante el cambio; es decir, una persona puede concebir una misma situación como pérdida o como liberación. Si la persona la percibe como pérdida, puede ser que se sienta vulnerable y susceptible en su organismo ante los estresores sociales, los cuáles pueden clasificarse como:

a. Sucesos vitales.

Uno de los tipos de estresores que actualmente se ha estudiado son los llamados contrariedades cotidianas, pueden ser sucesos extraordinarios como estresantes extremos que vienen a provocar estrés agudo y a corto plazo, o también pueden ser situaciones traumáticas que generan estrés crónico a largo plazo.

Cea et al., en 1997 mencionan que existen investigaciones (Lazarus, 1990; Vingerhoest et al., 1994) que indican que la exposición crónica a estresores diarios de poca incidencia, a comparación de los sucesos vitales, es potencialmente causal de enfermedades cardiovasculares, como lo es la hipertensión. Sin embargo, otros (Nyklicek et al., 1998; Rahe y Holmes, 1968) han relacionado la hipertensión con la cantidad de cambios vitales.

Curiosamente en algunos estudios que encontraron una relación positiva entre presión sanguínea y el autoinforme de sucesos vitales, estaban basados en muestras de sujetos hipertensos, conscientes de su elevada presión sanguínea, pero en sujetos hipertensos que no eran conscientes de su elevada presión sanguínea no encontraron esta relación (Irvine et al., 1989).

b. Estrés causado por el rol.

Pearlin (1989) los llama “estresores crónicos” y los adjudica a diferentes causas, como por ejemplo, una sobrecarga de roles, un conflicto entre roles, un conflicto interpersonal en un conjunto de roles, por cautividad de permanecer en un rol, la reestructuración de rol, así como factores ambientales que interfieren en los roles o como Weaton mencionó en 1996 por la falta de rol o por definir un nuevo rol.

c. Sucesos menores o miniestresores.

Éstos son contrariedades repetitivas que se deben ya sea a que la persona sigue estando predispuesta a las mismas situaciones ambientales o porque las estrategias de afrontamiento de la persona no son las más adecuadas; estos sucesos al ser más continuos y menos graves que los sucesos mayores, no presentan para la persona una importancia significativa como para buscar una respuesta adecuada o realizar acciones que le den solución a esto, pues ya llega a ser parte de la vida de la persona.

Y a pesar de que los podemos clasificar en diferentes niveles o tipos, los estresores, dice Sandín (2003) que no deben ser entendidos como sucesos aislados, sino como patrones complejos de la interrelación de situaciones sociales. Es por eso que mejor se habla de estresores primarios y secundarios clasificándolos así por su ocurrencia, es decir los que anteceden a otros respectivamente (Pearlin, 1989; Sandín, 1999; Wheaton, 1996).

Pero ¿de qué depende, cómo se produce el estrés de una persona a otra? Los efectos del estrés dependen de la percepción que se tenga del estresor, la capacidad del individuo para controlar la situación estresante, la preparación del individuo para afrontar el problema y la influencia de patrones de conducta aprobados por la sociedad (Aneshensel, 1992; Brown y Harris, 1989; Cockerham, 2001; Kessler, 1997; Lazarus y Folkman, 1984; Mechanic, 1978; Miller, 1997;

Pearlin, 1989; Pearlin, Aneshensel, Mullan y Whitlatch, 1995; Sandín, 1999; Thoits, 1983, 1995; Turner y Marino, 1994; Wheaton, 1985 en Sandín, 2003).

En otras palabras se mencionaba lo que González y Landero en 2007 desean explicar al retomar la teoría transaccional del estrés de Lazarus y Folkman de 1984, donde agregan un factor más a dicho modelo, que al parecer Sandín (en su modelo procesual) estaba dejando a un lado, el estrés percibido.

En este sentido se trató de explicar cómo los estresores, ya sean sucesos vitales, estrés diario o estrés crónico, desencadenan respuestas emocionales, síntomas psicósomáticos y respuestas conductuales, a partir del estrés percibido, el cual depende de la valoración de la situación, ya sea como daño-pérdida, amenaza o desafío (Fernández-Abascal y Palmero, 1999; Lazarus y Folkman, 1986), de la valoración de los recursos personales y de la valoración de apoyo ambiental o social. La valoración de los recursos personales, también es llamada por Pearlin (1989) como afrontamiento, el cual sirve para reducir el grado de amenaza y los síntomas del estrés.

Sandín (2003), refiere diferentes conceptos acerca del afrontamiento: ya sea como 1) estrategias de afrontamiento, que son formas específicas de acciones concretas para modificar las condiciones del estresor, 2) los estilos de afrontamiento, que vendrían a ser las tendencias personales de llevar a cabo las estrategias de afrontamiento, y 3) los recursos de afrontamiento, que son las características con las que cuenta la persona para hacer frente a los estresores entre las cuáles están: el locus de control, la percepción de control, la autoeficacia, la autoestima y el sentido de compromiso de la persona, e incluso el apoyo social.

En éste último cabe hacer énfasis en la palabra “valoración” de apoyo percibido, ya que muchas veces se tiene apoyo social adecuado pero es percibido como poco, o de lo contrario, se tiene poco apoyo social y se percibe como el suficiente o adecuado. Estos tres mediadores anteriores son puramente aspectos cognitivos

que la persona realiza, lo cual reafirma el hecho de que el estrés es un factor que puede ser modificado.

Entonces ¿el estrés causa la hipertensión?, si bien pareciera que la respuesta a tal pregunta es afirmativa, no podemos demostrar una relación directa entre el estrés y la elevación de presión sanguínea, ya que diversos factores del medio ambiente pueden incrementarla. Sin embargo, una exposición crónica ante el estresor puede jugar un papel importante en el desarrollo de la hipertensión (Goreczny, 1995; Burker, Fredrik-son, Rifai y Siegel, 1997; Miller, 1998 en Figueroa, 2006).

Bonet en 2003 hace referencia a esta cronicidad de estrés, incluyendo dos conceptos importantes, la alostasis y la carga alostática. El primero se refiere a la capacidad de producir cambios para estabilizar el organismo mediante variabilidad caótica, ya sea en el Sistema Nervioso Autónomo, en el Sistema Cardiovascular o en el Sistema Inmune, durante la adaptación; sin embargo el segundo concepto hace referencia a las consecuencias acumuladas a largo plazo que se derivan de la cronicidad de eventos estresantes.

Según investigaciones sobre la alostasis, se considera que la evaluación cognitiva, junto con la genética, las experiencias durante el desarrollo y los patrones de conducta, provoca respuestas neuroinmunoendócrinas, que pueden conducir a la adaptación o a la patología. Cuando se generan respuestas de estrés devienen de éste un periodo refractario que se omite cuando ocurre la carga alostática, las consecuencias se evidencian en los sistemas fisiológicos inmune y metabólicos, y en el sistema cardiovascular ocasionando aterosclerosis, infarto, hipertrofia ventricular y accidentes cerebrovasculares (Bonet, 2003).

En conclusión, el paciente con HTA deberá cuestionarse ¿cómo puedo disminuir mi estrés para mejorar mi salud? En donde será importante comprender el concepto de estrés, reconociendo su impacto como uno de los principales factores

de riesgo para el desarrollo y mantenimiento de la HTA; así como entender la relación del pensamiento con la emoción y el comportamiento para diferenciar y controlar las manifestaciones del estrés y establecer conductas de afrontamiento adecuadas desarrollando habilidades de solución de problemas (Arrivillaga et al., 2006).

1.3.2.5 Estilo de vida.

Como se mencionó anteriormente, el estilo de vida es importante para la prevención y tratamiento de la HTA, de hecho podemos incluir como partes del estilo de vida, diferentes factores de riesgo como lo son la alimentación, el sedentarismo e incluso el estrés, puesto que llega a formar parte de nuestra vida diaria si continuamente nos involucramos en actividades o trabajos que así lo demanden (Varela, Arrivillaga y Cáceres, 2009).

En un estudio realizado por Crespo et al. en el 2005, donde participaron 80 pacientes, divididos en grupo-intervención y grupo-control, se evaluó el efecto de un programa de control de estrés sobre la presión arterial y otros factores como: conocimiento de la enfermedad, cumplimiento farmacológico y dietético, niveles de ansiedad y estrés, y calidad de vida. Los resultados apuntan que existe un mejor control de presión arterial al final de la intervención, y el seguimiento del tratamiento higiénico-dietético, también se observó que los niveles de estrés y ansiedad disminuyeron, sin embargo no mejoró la adhesión de la práctica de ejercicio.

Por otro lado, Varo et al., (2003) mencionan que la actividad física, entendida como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos y que tiene como resultado un gasto energético que se añade al metabolismo basal, ha sido estudiada en relación a los efectos que produce su práctica habitual y los beneficios para la salud de un estilo de vida físicamente activo. Éstos han podido objetivar el efecto hipotensor de la actividad física, los principales resultados revelan un descenso de 3,8 mmHg en la presión arterial sistólica y de 2,6 mmHg

en la diastólica tras intervenciones consistentes en la realización de ejercicio físico. Aquí cabe mencionar como recomendación que un objetivo sencillo y alcanzable por toda la población sería acumular al menos 30 min de actividad física de intensidad moderada en casi todos los días de la semana.

Por otra parte, existe referencia sobre la relación que tiene el tipo de personalidad con respecto a la presión arterial, puesto que se relaciona el estilo tipo A para desarrollar enfermedades cardiovasculares; éste tipo de personas son caracterizadas por tener voz alta, hablar rápido, mostrar excesiva actividad psicomotora, tensión de la musculatura facial y gesticulación; actitudes y emociones hostiles, son impacientes y algunas veces agresivos, cuentan con alta motivación de logro, competitividad, orientación al éxito y ambición; presentan conductas abiertas y manifiestas como la urgencia del tiempo, la velocidad, hiperactividad y excesiva implicación en el trabajo; se genera en ellos aspectos cognitivos como la necesidad de control ambiental, que de igual manera, todas estas características mencionadas anteriormente pueden ser respuestas o causas de ansiedad, relacionadas con respuestas de alta presión arterial. (Calvete y De Nicolás, 1991; Cea et al., 1997; López et al., 2004; Miguel et al., 1994; Molerio y García, 2004; Fernández et al., 1994; Palmero et al., 1994; Peña, 2001).

Sin embargo a pesar de ser poco sintomáticas, las enfermedades cardiovasculares pueden evitarse mediante actividades de promoción y prevención de la salud (Arrivillaga et al., 2006; Guridi, Morales, García y Franco, 2010) como el consumo de alimentos con alto valor nutricional, la actividad física, el consumo sensible y no riesgoso de bebidas alcohólicas y la reducción del consumo de tabaco (SSA, 2007).

2. Consecuencias de la Hipertensión arterial.

Las manifestaciones de la enfermedad HTA pueden ser diversas, sin embargo pueden llegar a desencadenar diferentes problemas tanto fisiológicos como psicológicos. De hecho pueden existir complicaciones con respecto a paros cardíacos, accidentes cerebrovasculares o enfermedades coronarias. Maicas et al. en el 2003 mencionó que una dieta baja en contenido de potasio (K) podía ser un factor para presentar accidentes cerebrovasculares, esto pudiese relacionarse con la función del potasio en la disminución de la respuesta vascular con algunos vasoconstrictores y la poca retención que provoca del sodio (Na); y aunque el consumo del K pueda prevenir hasta cierto punto la HTA, no es tan eficaz como las modificaciones en cuanto a la actividad física, el bajo consumo del sodio, alcohol y tabaco y la reducción o control del peso.

Si bien el tratamiento médico ayuda a controlar la presión arterial, las recomendaciones del profesional de la salud, no están por demás; sin embargo lo complicado del tratamiento de la HTA, es la dificultad de realizar un cambio de estilo de vida y costumbres en cuestión de hábitos alimenticios, medicamentación y actividades físicas, cuando se ha estado con un mismo ritmo durante más de 20 años (Granados, Roales e Ybarra, 2006a; Granados, Roales, Moreno e Ybarra, 2006b; OMS, 2008).

3. Prevención y Diagnóstico.

Los sistemas nacionales de salud buscan que el desarrollo económico y social de la población sea óptimo, es por esto que se apuesta por la prevención como estrategia. La psicología de la salud da respuesta a estas necesidades, ya que como menciona Carrobles en 1993, la psicología de la salud es el campo de especialización que centra su interés en los problemas de la salud físicos o médicos con la finalidad de prevenir su ocurrencia o de rehabilitarlos, utilizando los conocimientos de la psicología científica (Oblitas, 2006). En efecto, los programas gubernamentales y los planes de desarrollo social a nivel salud se centran en la

importancia de la prevención con la finalidad de disminuir en este caso la incidencia de la HTA en la población.

3.1 Prevención Primaria.

La prevención primaria surge como resultado de un cambio de percepción sobre la salud y la enfermedad, anteriormente se pensaba que la medicina debía tratar las enfermedades, sin embargo ahora, el concepto de salud deja de ser exclusivo de la medicina y se considera en otras disciplinas donde la forma de vida y el contexto social son factores relacionados a éste, es por eso que se toma en cuenta la promoción y educación de la salud por medio de acciones encaminadas a disminuir el riesgo de enfermedad y a propiciar factores protectores que beneficien las conductas de salud (Oblitas, 2006).

Así mismo, la Norma Oficial Mexicana, (1999), sugiere que la prevención primaria de la HTA, esté dirigida a la población general, promocionando la salud mediante pláticas y actividades comunitarias, así como con la población vulnerable o en riesgo de desarrollar la enfermedad, con quienes recomienda lo siguiente:

- ✓ Reducir la obesidad, considerando que el IMC recomendable para la población general es mayor de 18 y menor de 25.
- ✓ Evitar la mala alimentación moderando el consumo de alimentos de origen animal, colesterol, grasas saturadas y azúcares simples.
- ✓ Evitar consumir más de 6 gramos al día de sal o 2.4 gramos de sodio.
- ✓ Realizar ejercicio aeróbico durante 30 y 40 minutos la mayoría de los días de la semana.
- ✓ Llevar una alimentación adecuada de ingesta de potasio, magnesio y calcio mediante el consumo de frutas, verduras, leguminosas y derivados lácteos desgrasados.
- ✓ Evitar el tabaquismo.

Por otro lado Sellén (2007) mencionó que el estrés, debe considerarse como factor a controlar para evitar la HTA, y sugiere que para la temprana detección de dicho padecimiento, se busca que en los centros de salud existan mediciones o chequeos mensuales de la presión arterial y se realicen seguimiento o monitoreo de los posibles casos detectados.

3.2 Prevención Secundaria.

Por otra parte a nivel de prevención secundaria, la misma norma mexicana menciona que se realizan acciones cuando la afección ya ha sido iniciada en el paciente. Aquí aunque ya se encuentre en otro nivel más emergente, la prevención secundaria tiene la meta de dirigir conductas del paciente de manera multidisciplinaria para el control y disminución de síntomas de la HTA. En este nivel ya se habla de un tratamiento cuyo propósito es evitar el avance de la enfermedad, sus complicaciones y reducir la mortalidad a partir de la HTA. Es por esto que los casos complicados de Hipertensión deberán ser canalizados con especialistas y el seguimiento al tratamiento será clave en dicha etapa preventiva.

Sin embargo, a pesar de que las enfermedades cardiovasculares son de larga evolución y poco sintomáticas, pueden prevenirse mediante actividades de promoción y prevención de la salud. El sector salud deberá promover su temprana detección y sobre todo la prevención de la misma con objetivos dirigidos a llevar un estilo de vida saludable (Arrivillaga et al., 2006; Chobanian et al., 2003; Guridi et al., 2010; Landeros et al., 2004; López et al., 2008; Norma Oficial Mexicana, 1999; Sánchez, 2008; SSA, 2000a, 2001b, 2007c, 2008d; Villarreal y Mathew, 2001).

3.3 Pruebas de detección de HTA.

Al evaluar al paciente para detectar la Hipertensión arterial, se pretende identificar la presencia de daño en órganos blancos, determinar factores de riesgo vascular y

causas que sugieran la HTA secundaria y confirmar la hipertensión realizando mediciones repetidas en consultorio y fuera de él.

Es por esto que deben de llevarse a cabo un adecuado historial clínico que incluya información sobre la historia familiar de enfermedades del paciente, el uso de medicamentos que pudiesen alterar el nivel de presión arterial, conocer sobre el uso de estimulantes y abuso de alcohol así como la presencia de apnea de sueño; exámenes físicos respecto a la toma de presión arterial en ambos brazos, examen cardíaco y descartar soplos por medio de la revisión abdominal y pulsos periféricos; y exámenes de laboratorio como el citoquímico de orina, creatinina sérica, potasio, glicemia, ácido úrico, perfil de lípidos completo y además un electrocardiograma para determinar la presencia de arritmias, isquemia miocárdica y de hipertrofia ventricular izquierda (Sellén, 2007).

Por otra parte, es importante considerar que existen diferentes formas de medición de la presión arterial, los más utilizados son:

- Método auscultatorio o método de Koroktoff.- En este tipo de medición se recomienda tomar el inicio de ruidos como la presión arterial sistólica y la fase de desaparición del ruido como la presión arterial diastólica.
- La técnica oscilométrica.- En esta técnica se observa el tensiómetro o manómetro de mercurio y las oscilaciones que la aguja realiza al desinflar en manguito, la primera oscilación se refiere a la medida de la presión sistólica y continúa hasta la diastólica. es la técnica más utilizada de manera ambulatoria, de monitoreo casero y no invasivo.
- Método del cojín.- Mide la pulsación que emite el dedo al contacto por medio de un fotopleletismógrafo que se encuentra en el cojín.

Independientemente del modo de medición que se elija, Sellén (2007) menciona algunas dificultades que se pueden presentar en las medidas de presión, algunas tienen relación con la postura que se tiene, ya que es recomendable que se considere estar sentado mientras se toma la presión pues al estar parado la

presión diastólica en jóvenes puede variar; el brazo debe estar apoyado en una mesa y a la altura del corazón pues por cada centímetro que el mango se encuentre debajo del corazón, se aumenta un 0.8 mmHg, también se puede llegar a obtener una alta presión debido al inflado del mango de hasta 40 mmHg, por otra parte el manguito debe ocupar 2/3 del brazo.

Pero la importancia de realizarse medidas de la presión fuera del consultorio, llega a ser crucial puesto que se ha comprobado que existen diferencias significativas cuando la presión es tomada por un médico, ya que puede llegar a incrementarse hasta 30 mmHg, a esto se le conoce como efecto bata blanca. De hecho para tomar una decisión terapéutica ya sea diagnóstica o de tratamiento es necesario considerar múltiples medidas de la presión arterial ya sea en casa o en el ámbito hospitalario.

4. Tratamiento.

Para el control de la hipertensión arterial tradicionalmente se ha utilizado el tratamiento farmacológico. De forma complementaria, se utiliza tratamiento no farmacológico relacionado con la modificación en el estilo de vida, el desarrollo de hábitos de salud adecuados y de conductas de autocuidado, y el manejo de los factores psicosociales de riesgo como el estrés (Arrivillaga et al., 2006; Sánchez et al., 2006).

El médico, con apoyo del equipo de salud, tendrá bajo su responsabilidad la elaboración y aplicación del plan de manejo integral del paciente, el cual deberá ser adecuadamente registrado en el expediente clínico, éste debe incluir el establecimiento de las metas de tratamiento, el manejo no farmacológico, el tratamiento farmacológico, la educación del paciente, y la vigilancia de complicaciones.

4.1. Farmacológico.

El control de la hipertensión arterial requiere la modificación de los factores de riesgo anteriormente señalados y, en su caso, una rigurosa adherencia al tratamiento farmacológico. El paciente será debidamente informado acerca de los aspectos básicos de la hipertensión arterial y sus complicaciones, factores de riesgo, manejo no farmacológico, componentes y metas del tratamiento, prevención de complicaciones, y la necesidad de adherencia al tratamiento.

El tratamiento farmacológico debe ser individualizado, de acuerdo con el cuadro clínico, tomando en cuenta el modo de acción, las indicaciones y las contraindicaciones, los efectos adversos, las interacciones farmacológicas, las enfermedades concomitantes y el costo económico (Norma Oficial Mexicana, 1999; Varela et al., 2009). Hernández et al. (2009) mencionan que el tratamiento deberá considerar el análisis del paciente respecto a la gravedad y tiempo de evolución de la HTA, además de factores fisiológicos relacionados como el índice de masa corporal, el metabolismo de carbohidratos y lípidos y la función renal.

Para el tratamiento de la HTA se utilizan diferentes tipos de medicamentos dirigidos a controlar funciones relacionadas con la facilitación de la circulación de la sangre, ya sea realizando actividades vasoconstrictoras o adelgazando las paredes de las arterias. Generalmente se utilizan más de un medicamento, pero la elección de los mismos dependerá de las características del paciente respecto a éstos (Sellén, 2007).

Entre los medicamentos más frecuentes se encuentran los betabloqueadores, los bloqueadores de los receptores de la angiotensina II, bloqueadores de los canales de calcio, los diuréticos y los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (ver tabla 3) .

Tabla 3.

Medicamentos más utilizados en la HTA y su función.

Nombre	Descripción
Diuréticos (Píldoras de agua)	Ayudan a los riñones a eliminar algo de sal (sodio) del cuerpo, así los vasos sanguíneos no tienen que contener tanto líquido y su presión arterial baja.
Betabloqueadores	Hacen que el corazón palpite a una tasa más lenta y con menor fuerza.
Inhibidores de la Enzima Convertidora de la Angiotensina	También llamados IECA, relajan los vasos sanguíneos lo cual reduce su presión arterial.
Bloqueadores de los Receptores de la Angiotensina II	También conocidos como BRA, funcionan más o menos de la misma manera que los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina.
Bloqueadores de los canales de calcio	Relajan los vasos sanguíneos al impedir que el calcio entre en las células.

Elaborado por la autora, basada en Rosenstein (2004).

También se prescriben los bloqueadores alfa, los vasodilatadores, los inhibidores de renina y algunos fármacos que actúen sobre el sistema nervioso central, pero estos son menos frecuentes como parte del tratamiento (ver tabla 4).

Tabla 4.

Medicamentos utilizados con menor frecuencia en la HTA y su función.

Nombre	Descripción
Bloqueadores alfa	Ayudan a relajar los vasos sanguíneos, lo cual reduce la presión arterial.
Fármaco que actúan sobre el sistema nervioso central.	Mandan una señal al cerebro y al sistema nervioso para relajar sus vasos sanguíneos.
Vasodilatadores	Mandan señal a los músculos en las paredes de los vasos sanguíneos para que se relajen.
Inhibidores de renina	Tipo de medicamento más nuevo para tratar la hipertensión arterial, que actúa relajando los vasos sanguíneos.

Elaborado por la autora, basada en Rosenstein (2004).

Algunas recomendaciones generales del tratamiento farmacológico son la reducción de las cifras de P.A. hasta alcanzar valores deseados según el nivel de riesgo; esperar 4 semanas para evaluar resultados del tratamiento antes de modificarlo; si el medicamento da buen resultado pero no se consigue llegar a la meta, se deberá combinar con otro antes que aumentar la dosis; si el medicamento no es tolerado, se deberá cambiar a otro grupo farmacológico (ver tabla 3 y 4); si no se logra el cambio deberá agregarse un tercer medicamento

(incluyendo un diurético en baja dosis); utilizar medicamentos de acción prolongada con efectos cercanos o mayores a las 24 hrs, para favorecer la adherencia al tratamiento (Hernández et al., 2009).

Distintas investigaciones se han encargado de comparar los medicamentos sugeridos para la HTA para la prevención de accidentes cerebrovasculares, sin embargo existe un ensayo clínico aleatorio ALLHAT realizado para comparar dichos antihipertensivos, en donde los resultados muestran que en pacientes mayores de 55 años, los diuréticos son efectivos tanto como los bloqueadores de los canales de calcio o los Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina para la prevención de accidentes coronarios mayores, sin embargo los diuréticos mostraron ser ligeramente más eficaces en comparación con los bloqueadores de los canales de calcio para prevenir el paro cardíaco y fueron más efectivos en la prevención de los accidentes cerebrovasculares (Lomelí et al., 2008).

4.2. No farmacológico.

El tratamiento no farmacológico ha sido para los médicos una forma complementaria de ayuda integral en el tratamiento de la HTA. Lo más usual es realizar recomendaciones referentes a cambios en el estilo de vida que favorezcan la promoción de la salud.

Sellén en el 2007 menciona que algunas de estas modificaciones en las conductas del estilo de vida que favorecen mayormente a la disminución de la presión arterial (P. A.), se encuentra el mantener un índice de masa corporal entre 18 y 24, lo cual hace que la P.A. se reduzca de entre 5 a 20 mmHg, así mismo llevar una alimentación basada en el consumo alto de frutas y vegetales y el bajo consumo de grasas totales y saturadas, o adoptando el plan DASH, se puede reducir de 8 a 14mmHg, al igual que la actividad regular física durante 30 minutos puede llegar a disminuir de 4 a 9 mmHg. Otros factores como el bajo consumo de sodio y la

moderación del alcohol (no más de 2 vasos por día) pueden reducir en menor medida la P. A. de 2 a 8 mmHg y de 2 a 4mmHg respectivamente.

El realizar este tipo de conductas ayudan al paciente hipertenso a reducir el riesgo cardiovascular y a disminuir la toma de medicamentos, así también para el paciente diagnosticado como pre-hipertenso dichas recomendaciones pueden ayudar a retardar la aparición de este padecimiento, y si dichas conductas permanecen por tiempo prolongado en las personas, se puede predecir una prolongación de los años de vida y evitar el riesgo de mortalidad por esta causa (Aristizábal et al., 2007).

4.3. El problema de la adherencia al tratamiento.

Hablar de adherencia al tratamiento es complicado en relación a enfermedades crónicas y así mismo en la Hipertensión arterial, pues como se mencionó, este padecimiento es asintomático por lo que generalmente las personas que llegan a ser diagnosticadas son de edad adulta y posiblemente llevan años presentando HTA, pero las pocas visitas al doctor en edades juveniles hace que las estadísticas de prevalencia tengan un relativo sesgo. Incluyendo al tardío diagnóstico nos enfrentamos a las dificultades que el tratamiento de la HTA implica, lo cual precisa la toma puntual de medicamentos y los cambios de conducta alimentaria y física, que difícilmente pueden ser modificados cuando ya se han llevado ciertas conductas a manifestarlas como “hábitos” de estilo de vida.

Pero tratemos primero de ubicar adecuadamente el concepto de adherencia terapéutica ya que a diferencia de lo que la mayoría cree, no sólo se refiere al seguimiento de la toma de medicamentos sino al grado en que el comportamiento de una persona corresponde con las recomendaciones acordadas por el prestador de asistencia sanitaria (OMS, 2004), entendiendo como comportamiento todo aquello que incluya cambios del estilo de vida y a prestador de asistencia sanitaria como médico, nutricionista, psicólogo, trabajador social, enfermero, etc.

La correcta evaluación de la adherencia terapéutica en los pacientes es importante para poder brindar información relevante que ayude a conocer el comportamiento de dicha variable. Una opción de medición son las pruebas bioquímicas, estos son marcadores biológicos no tóxicos que son agregados al medicamento para poder ser ubicados en la orina o sangre y permiten conocer si la persona recientemente tomó sus dosis recomendadas, aunque los resultados se pueden ver afectados por características individuales como la absorción o el tipo de alimentación; otra forma de evaluación común en las investigaciones, se trata de solicitar al paciente su propia calificación subjetiva de la adherencia al tratamiento, sin embargo la medición suele sufrir un sesgo al ser sobreestimadas por los evaluados (DiMatteo y DiNicola, 1982; Norell, 1981 en OMS, 2004), por otra parte los investigadores utilizan los cuestionarios estandarizados de adherencia donde existen los que describen características o rasgos de personalidad del paciente y los comportamentales, que pueden ubicar al evaluado sobre conductas específicas relacionadas al seguimiento de su tratamiento o de recomendaciones comportamentales sugeridas, siendo estos últimos, los mejores predictivos de la adherencia terapéutica.

La OMS refiere que existen cinco factores o dimensiones que interfieren en la adherencia terapéutica relacionadas con las que Meichenbaum y Turk mencionan en 1991 (paciente, enfermedad, tratamiento y la relación entre éstas) a diferencia de lo que muchas veces se hace respecto al paciente, culparlo de no cumplir su tratamiento (Carhuallanqui et al., 2010); estos son:

- a) Factores socioeconómicos.- Se refiere a dificultades relacionadas con el nivel socioeconómico como puede ser las necesidades económicas de priorizar gastos en la familia y la salud personal, la compra de medicamentos o el cambio de alimentación, así mismo también se refiere a las diferencias cognitivas entre el personal de la salud y el paciente respecto a creencias culturales o el no compenetrarse empáticamente.
- b) Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria.- Incluye disposiciones generales por parte del centro de salud al que asiste

el paciente como por ejemplo la demanda general de atención que puede alargar el tiempo de espera o las citas que debiesen ser regulares, la entrega de medicamentos, la preparación profesional del personal de salud, incapacidad para brindar ciertos servicios, falta de equipo adecuado para diagnosticar o dar tratamiento, etc.

- c) Factores relacionados con la enfermedad.- como por ejemplo la gravedad de los síntomas o las enfermedades concomitantes que puedan surgir a partir del diagnóstico.
- d) Factores relacionados con el tratamiento.- tiene que ver con la complejidad, duración y efectos secundarios que devengan de éste.
- e) Factores relacionados con el paciente.- implica la evaluación de los recursos de afrontamiento con los que cuenta, las actitudes y creencias respecto a la enfermedad y a la percepción de control interno o externo de la enfermedad, así como de las expectativas que se tengan.

Se ha pretendido tomado medidas para evitar los problemas de cada factor mencionado anteriormente, por ejemplo mediante el establecimiento de apoyo social y con la generación de políticas públicas se ha intervenido con las dificultades como la pobreza, el acceso a servicios de salud y medicamentos y educación sobre la enfermedad y el tratamiento. En cuanto a éste último, el seguimiento y dosificación de los medicamentos sugeridos y los efectos secundarios de los mismos han sido dificultades latentes, pero esto sólo ha sido intervenido por las empresas farmacéuticas y el personal de salud que lo promueve.

Por otra parte, las intervenciones centradas en el paciente, han sido clave en las estrategias de mejora de la adherencia terapéutica, ya que promueven la educación de la enfermedad y el tratamiento, sin embargo, Roter, Hall, Merisca, Nordstrom, Cretin y Svarstad en un meta-análisis que realizaron en 1998, concluyeron que ninguna estrategia utilizada de manera individual mostró ventajas sobre aquellas integrales que abarcan componentes cognitivos, comportamentales

y afectivos motivacionales para mantener hábitos de adherencia terapéutica. Esto entonces refiere un importante factor a considerar ya que mencionan que las intervenciones deben de ir más allá del asesoramiento e información, y centrarse en la generación de recursos del paciente para promover el cambio dentro de su contexto diario.

Por lo anterior nos podemos dar cuenta que la adherencia terapéutica tiene tres personajes principales, el paciente, la institución de salud y el prestador de asistencia sanitaria, por lo que una adecuada adherencia al tratamiento implicará una buena coordinación y cooperación entre ellos, la empatía, pronta disponibilidad y la adecuada comunicación facilitará dicho trabajo (Holguín et al., 2006), así como la percepción del apoyo social (Vinaccia et al., 2006).

4.3.1 Intervenciones cognitivo conductuales.

Actualmente existen un sin número de intervenciones no farmacológicas que se utilizan como tratamiento de las enfermedades, en la HTA, las intervenciones cognitivo conductuales son las más utilizadas y las que más han demostrado ser eficaces (Canales, 2009; Crespo et al., 2005; Holguín et al., 2006; Riveros et al., 2005a; Sánchez, Velasco, Rodríguez y Baranda, 2006). Dichas intervenciones basan su éxito en el componente relación conducta y pensamiento, pues implican que las conductas pueden ser modificadas a partir de cambios en pensamientos o cogniciones, por lo que en el estudio de la adherencia terapéutica tienen un buen pronóstico.

Algunas de las técnicas más utilizadas para la HTA tienen que ver con la reducción de presión arterial, la ansiedad y el estrés, por lo que se opta el uso de estrategias de biofeedback, relajación muscular, autocontrol, y solución de problemas, sin embargo otras se centran en la concientización de la enfermedad sus causas y formas de prevención, como lo son la psicoeducación y las reestructuraciones cognitivas (Holguín et al., 2006).

La eficacia de las técnicas cognitivo-conductuales recae en la teoría racional de las creencias desarrollada por Rosenstock, Hochbaum y Leventhal. El modelo de creencias de salud se dio a conocer en los setentas a partir de la necesidad de reducir los altos costos del sector salud en E. U. A. por la poca adherencia al tratamiento de muchos pacientes. Dicho modelo refiere que la adopción de cierta conducta implica un análisis personal (ver figura 3) sobre la evaluación costo-beneficio de llevar a cabo determinada conducta, y la solución a este análisis determinará el mantenimiento o modificación de conducta referente a la salud y la enfermedad (Álvarez, 2002); es por esto que se retoman aquí las técnicas de psicoeducación y reestructuración cognitiva, que implican dicho análisis.

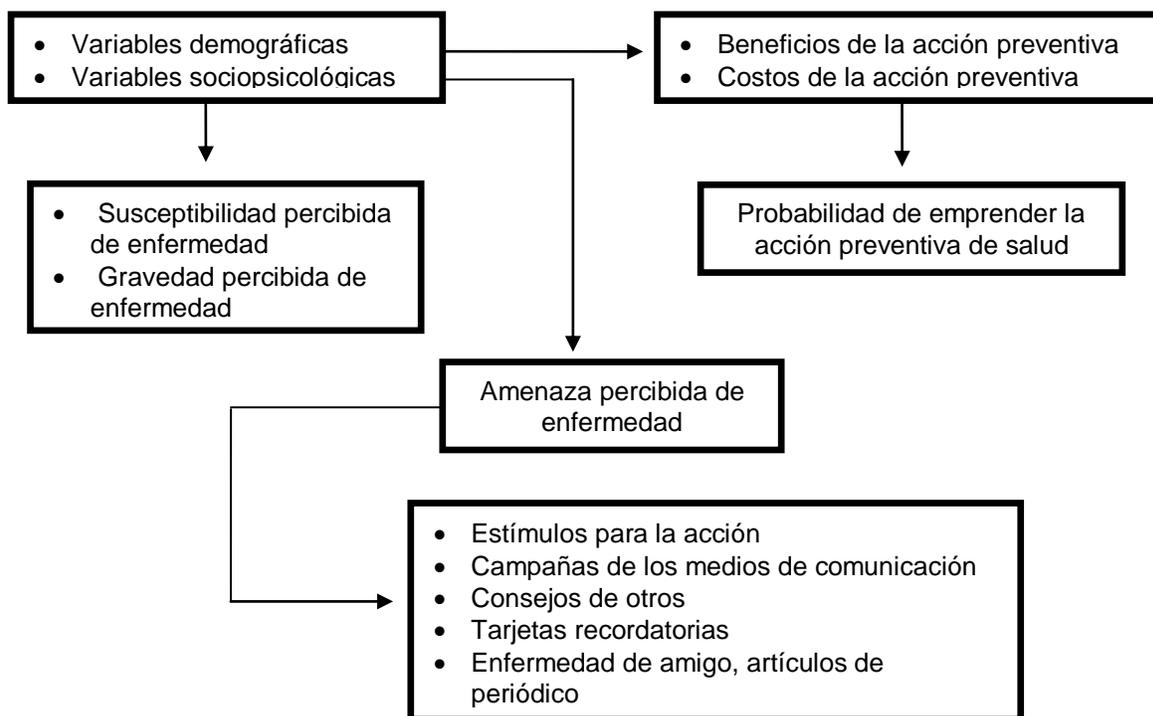


Figura 2. Esquema del análisis durante enfermedad según el modelo de creencias de salud de Becker en Álvarez, 2002.

El modelo de creencias de Becker plantea que existen tres aspectos a evaluar durante una enfermedad: 1) la percepción subjetiva de vulnerabilidad ante la enfermedad; 2) la percepción de amenaza de la enfermedad en la salud y en lo

social y 3) la percepción de beneficios y probables dificultades de llevar a cabo determinadas conductas de salud.

Los dos primeros aspectos determinarían el grado de motivación para llevar a cabo la conducta, y la tercera comprendería el análisis de accesibilidad y acciones que se llevarían a cabo. Lo anterior junto con indicadores demográficos y psicológicos, etc., determinarían básicamente la conducta y las creencias de salud de la persona (Álvarez, 2002).

4.3.1.1 Psicoeducación.

Álvarez (2002) señala que la teoría cognoscitivista confirma que la conducta de las personas durante una enfermedad y ante las recomendaciones médicas, depende de que la persona lleve a cabo un análisis de la información de los riesgos, beneficios y consecuencias de determinadas conductas conforme al pensamiento lógico y formal.

La psicoeducación es un componente importante de las técnicas cognitivas conductuales, y precisamente se centra en la creencia de que el paciente informado tiene mayores posibilidades de llevar a cabo un adecuado tratamiento a largo plazo o salir más rápido de la enfermedad y en ausencia de los profesionales de la salud (Meichenbaum y Turk, 1991 en Arrivillaga et al., 2007). Implica la identificación y comprensión de las causas, los síntomas, las consecuencias y el tratamiento de la HTA y su relación con los riesgos para la salud. (Arrivillaga et al., 2006a, 2007b; Canales, 2009; Crespo et al., 2005; Varela et al., 2009).

4.3.1.2 Reestructuración cognitiva.

La reestructuración cognitiva es un concepto que se refiere al cambio de pensamientos que una persona puede hacer. Se cree que si nuestros pensamientos nacieron de experiencias o aprendizajes previos, nosotros podemos modificar los no deseados. Esta técnica se basa en dar cuenta a la persona de sus

pensamientos y creencias irracionales para cambiarlos por otros más racionales y así generar conductas funcionales.

En relación a lo anterior, Wells planteó un modelo de “Autorregulación Ejecutivo-Función” o S-REF sobre cómo las creencias meta-cognitivas se relacionan con el procesamiento de la información, basado en Flavell (1979, 1987) que menciona que la capacidad de regulación puede lograrse a través de la toma de conciencia de las variables personales, las variables de la tarea y las variables estratégicas. Por otra parte, éstas afirmaciones, confirman la relevancia de las creencias meta-cognitivas en los trastornos, especialmente en los relacionados con la ansiedad y el estrés (Wells y Carter, 2001 en Pérez, Redondo, León y Bueno, 2010) como lo es el caso de la HTA.

Se afirma que el concepto de salud y enfermedad, la percepción de los estados corporales y su malinterpretación tienen que ver con la cosmovisión de cada grupo social, de hecho se consideran construcciones sociales y éstas se determinan por factores sociales estructurales como la distribución de recursos, la ocupación, la clase social, el género, etc., mediado por normas culturales; son dinámicos y cambiantes, y su contenido varía en función de las condiciones históricas, culturales y sociales de la comunidad que lo formula y lo acepta (Oblitas, 2006).

Se han realizado diversas investigaciones interesadas en el cómo el concepto de salud y enfermedad influye en la persona; Álvarez en 2002 menciona que en la década de los sesentas Claudine Herlich estudió las concepciones de éstos conceptos en los habitantes de París, Francia mediante entrevistas no directivas, y según lo encontrado clasificó la concepción de salud en tres tipos: a) como ausencia de enfermedad; b) como activo de inversión, como medida de fortalecimiento, etc., y c) como equilibrio de mente y cuerpo.

De igual forma, ubicó tres concepciones diferentes de la enfermedad: a) como destructora y limitadora de la capacidad para llevar a cabo obligaciones, junto con pérdida del estatus social y soledad; b) como liberadora de responsabilidades no deseadas y c) como reto al que hay que enfrentar con energía.

Por otra parte, en 1990 en el país Vasco se llevó a cabo un estudio por Echeberría et al., sobre las representaciones de los conceptos de salud, enfermedad y las medicinas y su relación con las estrategias de afrontamiento durante los síntomas de la enfermedad. Para este estudio se construyó un cuestionario donde 902 sujetos respondieron preguntas respecto a:

- Representación de la salud y la enfermedad.
- Representaciones de la medicina.
- Actitudes hacia las medicinas.
- Explicaciones causales de la salud y la enfermedad.
- Formas de control.
- Formas de afrontamiento.

Después realizaron un análisis de cluster con todas las escalas, a excepción de la escala de afrontamiento, porque consideraban que el afrontamiento no formaba parte de las representaciones, sino más bien era una variable que explicaba las mismas. El análisis de cluster clasificó 90.58% de las personas y encontraron tres grupos diferentes de creencias, el activo/contra las medicinas, el mágico/pro-medicinas y el grupo combinado. En el grupo activo /contra las medicinas coincidieron el 69.74% de las personas; éste se caracterizó por concebir la salud como resultado de un balance entre cuerpo y mente, la enfermedad como el rompimiento de ese balance, las formas de control de la salud y la enfermedad se basaban en sus propias conductas, y evaluaban de manera negativa a las medicinas ya que las concebían como negocio.

Los autores explican que su análisis confirma que las representaciones dependen de grupos definidos demográficamente, de la experiencia ante la enfermedad, del nivel educativo, de la edad y el apoyo social (Álvarez, 2002).

En resumen se estima que las creencias sobre la enfermedad de la HTA están relacionadas con las evaluaciones personales sobre los recursos y la

vulnerabilidad que se tiene ante la enfermedad, así como con el cambio de estilo de vida y es precisamente aquí donde la reestructuración cognitiva surge como una opción hábil de tratamiento ante la HTA.

La reestructuración cognitiva se basa en tres supuestos básicos:

1. La reacción ante un acontecimiento depende principalmente de cómo lo percibimos, atendemos, valoramos e interpretamos y de las expectativas que tenemos del mismo.
2. Los pensamientos pueden ser identificados por medio de autoregistros.
3. Es posible modificar los pensamientos para lograr cambios conductuales.

Beck en 2007 menciona que existen diferentes tipos de cogniciones haciendo tres grupos de éstos:

- a) Creencias nucleares.- son aquellas cogniciones duraderas que pueden referirse a uno mismo, sobre otros y sobre el mundo.
- b) Supuestos.- son cogniciones que pueden ser condicionales, y llevan el algoritmo “si-entonces”, pueden ser expresadas en forma de normas, reglas o imposiciones, generalmente inician con “debo de”; o también pueden expresarse como actitudes.
- c) Productos cognitivos.- son pensamientos concretos automáticos.

Los pensamientos son los más fáciles de trabajar, sin embargo como son automáticos e involuntarios, pueden escapar de la consciencia, a menos que se haga un esfuerzo para captarlos. Es por eso que es importante identificar inmediatamente aquellos que se producen durante el malestar emocional, preguntándose a sí mismo si otras personas que pensarán eso se sentirían igual.

Por otra parte es importante mencionar que es muy común confundir pensamientos con emociones, pensar “me sentí fatal” o “estoy nervioso” hacen referencia a estados emocionales no a cogniciones; es por esto que se recomienda que se escriban aquellas cogniciones, y éstas sean referidas como pensamientos concretos y de forma separada, incluyendo así mismo a los pensamientos que pueden presentarse como imágenes, ya que éstas tienen más

impacto, además de que se confía más en ellas, sean acordes con la realidad o no. Lo ideal es que a las cogniciones erróneas o irracionales se les detecte, se les detenga, se les juzgue y se compruebe si lo que se ha pensado es correcto. Para esto los pensamientos son cuestionados de dos modos básicos (Bados y García 2010):

- a) Verbalmente.- aquí se realiza un análisis lógico y se toma en cuenta la información basada en las experiencias previas y/o en las de otros.
- b) Conductualmente.- se pueden realizar pruebas o experimentos con la intención de observar lo que sucede realmente y confirmar o no el pensamiento que se tiene.

Sin embargo para identificar supuestos y creencias se debe considerar que éstos influyen en cómo interpretamos las cosas, la mayoría provienen de experiencias tempranas de aprendizaje o de experiencias cargadas emocionalmente.

Bados y García (2010) mencionan que algunas técnicas para la identificación de creencias y supuestos pueden ser:

1. Identificar temas o contenidos generales a partir de los pensamientos
2. Identificar pensamientos que se produzcan junto con emociones intensas positivas o negativas o mientras se tenga una imagen perturbadora en su cabeza.
3. Prestar atención a pensamientos que se tienen de acontecimientos significativos en su infancia con las figuras de apego.
4. Analizar imperativos internos.
 - a) *debo...*, o “tal persona o cosa” *debería...*
 - b) *me preocupa que...* “alguien o algo” *no es de...* “Cierta manera”
 - c) *no soporto que...*
 - d) pensamientos de condena global de sí mismo o de otros.
5. Técnica de la flecha descendente: identifica la creencia básica que está por debajo de un pensamiento. Para ello, se cuestiona si el pensamiento o cognición fuera real o verdadero, ¿qué consecuencias tendría? Y se repite la

misma pregunta referida a la nueva respuesta, hasta que se es incapaz de dar una nueva respuesta o no se cree totalmente en ella.

Una vez identificados los supuestos o creencias éstos deberán ponerse a juicio, para reestructurarlos o modificarlos. No hay que olvidar que los supuestos y creencias que se han identificado son simplemente hipótesis y se deberá elegir correctamente las palabras para presentar el supuesto o creencia.

Wells (1997) ha propuesto varios medios útiles para cuestionar verbalmente los supuestos y creencias y sugiere realizar las siguientes preguntas:

- ¿De qué modo el supuesto o creencia no es razonable?
- ¿En qué medida se ajusta este a cómo parecen ser las cosas?
- ¿De qué modo el supuesto o creencia es poco útil?
- ¿Le es de ayuda o le es un estorbo?
- ¿Cuál sería otra alternativa que proporcione las ventajas del supuesto o creencia disfuncional sin sus desventajas?

Otras formas para llegar a modificar los supuestos y creencias, implica el conocer de dónde proviene la creencia, ya que a veces, comprender cómo se adquirieron las creencias disfuncionales puede ayudar a alejarse de las misma puesto que posiblemente se comprenda lo que antes era muy difícil de comprender. Emplear continuos también es útil para modificar pensamientos dicotómicos que suelen representar algunas creencias; los continuos ayudan a establecer al paciente en un lugar que no sea extremo o totalizante de su propia creencia, para esto es necesario definir categorías que representen ambos extremos del continuo y definir algunos puntos intermedios para que finalmente el propio paciente se sitúe donde considere que se le representa más.

Por otra parte el cuestionamiento verbal de los supuestos y creencias disfuncionales debe ser acompañado del cuestionamiento conductual. Fennell en 1989 menciona diversos tipos de ejercicios:1) Conocer las normas de otras

personas, 2) No dar por sentado que las de uno son compartidas por todo el mundo, 3) Observar el comportamiento de otros, 4) Observar las consecuencias de nuestro comportamiento y comprobar las nuevas creencias a través de la acción y 5) Llevar un registro diario de experiencias que contradigan la creencia disfuncional y apoyen creencias más positivas.

CAPITULO III

MÉTODO

Este proyecto es un estudio de caso único llevado a cabo en la unidad de servicios médicos del hospital universitario de la Universidad Autónoma de Nuevo León que atiende al personal que labora dentro de la universidad ya sea administrativo o docente. La investigación tiene un sentido descriptivo-mixto ya que considera datos cuantitativos y cualitativos de los participantes para dar respuesta a la interrogativa, ¿Cómo mejorar la adherencia al tratamiento en personas con HTA?

Participantes.

Personas de ambos sexos de entre 35 y 70 años de edad, que hayan sido diagnosticados con hipertensión.

- Criterios de inclusión: personas que residan en el área metropolitana, que tengan un nivel de educación mínimo de secundaria, indispensable que sepan leer y escribir.
- Criterios de exclusión: Personas que no sepan leer ni escribir o que hayan sido diagnosticados con SIDA, Cáncer o alguna enfermedad Psiquiátrica.
- Criterio de eliminación: pacientes que hayan faltado a dos intervenciones clínicas o que se rehusaron a ser re-evaluados.

Aparatos e Instrumentos.

- *Cuestionario de información clínica elaborado por la autora (Anexo 1).*

El cuestionario consta de tres apartados

- I. Datos personales.- 8 preguntas, 5 abiertas y 3 de opción múltiple que brindan información sobre edad, estado civil, escolaridad y ocupación.
- II. Historia clínica.- 11 preguntas, 9 abiertas y 2 cerradas, cuya información está relacionada con hábitos de alimentación, consumo de alcohol y tabaco, antecedentes médicos, historia de la enfermedad y tipo de tratamiento.

III. Factores ambientales.-17 preguntas de las cuales 6 son abiertas y 11 estilo Likert con respuestas de “casi siempre”, “a veces” y “casi nunca”, que aportan información sobre factores de estilo de vida laboral y recreativo del paciente, estilo de personalidad y estrategias de afrontamiento.

➤ *Escala de ansiedad de Hamilton (HAM-A).*

Escala tipo Likert que mide la intensidad de síntomas de ansiedad que se presentan en el último mes (Anexo 2). Cuenta con 14 ítems y 5 opciones de respuesta que van desde “Ausente”, “intensidad leve”, “intensidad moderada”, “intensidad grave” a “Totalmente incapacitado”. Tiene una consistencia interna de .82 de alfa de Cronbach (Clinically Useful Psychiatric Scales HAM-A, 2011).

➤ *Fantastic (Anexo 3).*

Escala tipo Likert de 25 ítems y 3 opciones de respuesta que van desde “casi siempre”, “a veces” y “casi nunca” su coeficiente de correlación por rangos de Spearman entre las calificaciones totales del test y el re-test de la versión de 3 opciones fue de $r = .91$ ($p = .01$) (Wilson et al., 1984; López et al., 2000). Evalúa conductas del estilo de vida, que para el presente estudio categorizaremos de la siguiente manera:

- a) Sociabilidad y asertividad (preguntas 1,2 y 3)
- b) Actividad física y sueño (preguntas 4, 5 y 17)
- c) Nutrición (preguntas 6, 7 y 8)
- d) Adicciones (preguntas 9, 10, 11, 12, 14, 15 y 16)
- e) Estrés (preguntas 18, 19 y 20)
- f) Emociones (preguntas 21, 22, 23, 24 y 25)
- g) Cuidado personal y salud (preguntas 13, 26, 27, 28, 29 y 30)

➤ *Cuestionario de adherencia terapéutica en hipertensión arterial BMG de Martín, Bayarre y Grau (Anexo 4).*

Escala tipo Likert que mide la adherencia al tratamiento, cuenta con 12 ítems y 5 opciones de respuesta que van de “siempre”, “casi siempre”, “a veces”, “casi

nunca” y “nunca”. Presenta una consistencia interna de .88 de alfa de Cronbach (Martín, 2007).

- *Cuestionario de adherencia medicamentosa de González y Landero (Anexo 5).*

Escala tipo Likert que mide la adherencia al tratamiento medicamentoso para cualquier enfermedad, cuenta con 13 ítems y 4 opciones de respuesta que van de “casi nunca”, “algunas veces”, “muchas veces” y “casi siempre”.

- *Cuestionario de percepción del tratamiento de González y Landero (Anexo 6).*

Escala tipo Likert que mide la percepción que toma el paciente respecto al tratamiento y la relación terapéutica, cuenta con 8 ítems y 4 opciones de respuesta que van de “totalmente en desacuerdo”, “en desacuerdo”, “de acuerdo” y “totalmente de acuerdo”.

Cabe mencionar que estos últimos dos instrumentos se encuentran actualmente en revisión y sólo nos brindarán información descriptiva de los pacientes.

- *Hojas de trabajo de sesión de intervención psicoeducativa (Anexo 7).*

Incluyen actividades relacionadas a hacer conciencia en el participante sobre los factores de riesgo para presentar hipertensión arterial, sus causas y consecuencias; el beneficio de seguir el tratamiento médico que se indica, y cómo se reduce la presión arterial a partir de la medicamentación. Así también incluyen ejercicios para aprender a llevar una buena alimentación y la realización de objetivos a cumplir en corto plazo para beneficio de su salud.

- *Hojas de trabajo de sesión de intervención con reestructuración-cognitiva (Anexo 8).*

Incluyen actividades relacionadas a la identificación de pensamientos automáticos disfuncionales que pudiesen causar ansiedad mediante el esquema ABC, así como la identificación de creencias sobre su propia salud y las dificultades que presenta el paciente para llevar una adecuada adherencia a su tratamiento.

Procedimiento.

Se solicitó la autorización para trabajar con pacientes de Servicios Médicos del Hospital Universitario de la Universidad Autónoma de Nuevo León mostrando el proyecto a la encargada del departamento de Educación, la Dra. Martha Rodríguez Marroquín, quien solicitó de la manera más atenta una carta dirigida al Director de la Unidad de Servicios Médicos adjuntando la carta de consentimiento informado para el paciente (Anexo 9). Una vez admitido el proyecto de investigación, se establecieron datos específicos de logística, como la forma de invitación para la intervención, la forma de obtención de la muestra, lugar de la intervención, fechas y horarios de la misma, material necesario, así como las facilidades necesarias para evitar la inasistencia de los pacientes. Se firmaron las cartas de responsiva y compromiso con autoridades de la institución.

Para la intervención se requirió la participación voluntaria a alrededor de 200 pacientes para tomar un “Curso-Taller gratuito para la reducción de la presión arterial” dirigido a personas diagnosticadas con HTA, dentro de las instalaciones de la unidad de servicios médicos mediante posters y folletos.

La respuesta de los pacientes no fue del todo buena ya que se inscribieron para participar sólo 17 personas, quienes se dividieron en dos grupos de intervención, Grupo A de intervención psicoeducativa con 8 pacientes programados y 9 pacientes para el Grupo B de intervención con reestructuración cognitiva. Del total anterior sólo 6 pacientes asistieron y terminaron el tratamiento sólo 4 de ellos, tres del grupo A y uno del grupo B.

Los participantes fueron enterados de que serían parte de una investigación y firmaron la carta de consentimiento, se explicó la finalidad de la investigación, así como del curso taller en el que iban a participar y los beneficios que obtendrían; después se aplicaron los instrumentos mencionados anteriormente con cada paciente.

En el grupo A se realizó una intervención psicoeducativa con una duración de 4 sesiones espaciadas cada 6 días donde se propusieron los siguientes objetivos:

- Sesión 1. Informar al participante sobre los factores de riesgo para presentar hipertensión arterial, cuáles son sus causas y consecuencias.
- Sesión 2. Informar al participante sobre el beneficio de seguir el tratamiento médico que se indica, y cómo se reduce la presión arterial a partir de la medicamentación.
- Sesión 3. Que el participante conozca cómo llevar una buena alimentación y los beneficios que implica.
- Sesión 4. Informar al participante las maneras de controlar la conducta en beneficio de su salud.

Para el grupo B se intervino con reestructuración cognitiva igualmente con 4 sesiones, con los siguientes objetivos:

- Sesión 1. a) Que el participante conozca el concepto de reestructuración cognitiva, así como los principios en los que se basa dicha terapia; b) que el participante identifique sus pensamientos automáticos disfuncionales.
- Sesión 2. a) Que el participante genere pensamientos más funcionales poniendo en tela de juicio los disfuncionales; b) que el participante identifique posibles supuestos o creencias de donde provengan sus pensamientos automáticos disfuncionales.
- Sesión 3. a) Que el participante modifique pensamientos que le impidan realizar cambios conductuales a favor del tratamiento de la HTA; b) que el participante identifique ideas irracionales acerca de la salud y la enfermedad.
- Sesión 4. Que el participante genere ideas más racionales que influyan en su comportamiento para mejorar el tratamiento de la HTA.

Durante cada sesión se les entregaban formatos para trabajar con actividades y tareas en casa para que realmente lo visto en las sesiones tuviera un seguimiento en su vida diaria, mediante cambios conductuales observables. Una vez finalizada

la intervención se les pidió retroalimentación sobre la misma y del proyecto en general, en base a sus expectativas, dudas y comentarios; después se realizó la aplicación de las pruebas a manera de post-intervención.

Habiendo capturado la información de cada participante se realizó una base de datos, así también, se evaluó si la intervención dio el resultado esperado y si se cumplieron los objetivos de la investigación. De igual forma se detectaron posibles dificultades durante el procedimiento o la intervención.

Diseño utilizado.

El presente estudio es experimental de caso único de tipo exploratorio-descriptivo a-b-a, ya que considera información que describe la sintomatología de la HTA así como también analiza las posibles causas o variables involucradas en el cambio de conductas en pro de su salud que en esta ocasión será sinónimo de adherencia al tratamiento.

De acuerdo a los instrumentos aplicados y la información obtenida, se agruparon las siguientes variables que se analizarán más adelante:

a) Variables independientes

- Historia de la enfermedad
- Estilo de vida
- Estilo de Personalidad
- Estrategias de afrontamiento
- Factores sociales /laborales
- Género

b) Variables dependientes

- Ansiedad
- Adherencia al tratamiento
- Motivación de cambio de conductas del estilo de vida
- Percepción del tratamiento

Y como Roussos (2007) menciona, que en el análisis de caso único, sólo se pueden hacer análisis comparativos intracasos y nunca entre casos, se optó por comparar el antes y después del tratamiento de las variables dependientes para cada caso, que para el presente estudio llamaremos caso 1 al grupo A y caso 2 al grupo B de intervención.

CAPITULO IV

RESULTADOS

Descripción de participantes.

Caso 1 (Grupo A Intervención Psicoeducativa).

El grupo A estuvo conformado por 3 participantes, dos hombres y una mujer. Tienen una edad promedio de 58 años de edad, todos son casados, y cuentan con 14.33 años de escolaridad promedio en el sistema educativo formal; dos de ellos tienen una jornada laboral de 8 horas y uno no trabaja. Todos presentan antecedentes de riesgo cardiovascular de parte de familiares que han padecido hipertensión arterial, dos por parte de sus tíos y uno por parte de sus padres. Dos de ellos recibieron el diagnóstico desde hace 2.5 años y un participante desde hace 31 años, sin embargo todos refieren haber sentido síntomas una vez que se les diagnosticó la HTA y rara vez antes de esto. Así mismo presentan otras enfermedades como colitis, vitíligo, hiperlipidemia y dificultades de circulación.

Caso 2 (Grupo B Intervención de Reestructuración Cognitiva).

El grupo B por otra parte lo conforma una participante de sexo femenino cuya edad es de 51 años, actualmente está separada de su pareja; tiene 16 años de escolaridad. Al igual que en el grupo anterior, tiene familiares con hipertensión arterial (hermanos), su diagnóstico de HTA fue recibido desde hace 3 años, refiriendo que los síntomas los presentó después de su diagnóstico, sin embargo no presenta enfermedades de cuidado, aunque refiere pasar por los síntomas de la menopausia.

La intervención diseñada fue adaptada a las condiciones del hospital donde se llevó a cabo la intervención, así como de los participantes respecto al material utilizado y a los horarios establecidos, lo cual permitió la adherencia total al programa de intervención.

El objetivo principal de esta investigación fue identificar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento y la ansiedad en pacientes hipertensos bajo una intervención cognitivo conductual.

A continuación se describen los resultados correspondientes a cada uno de los objetivos del estudio.

Cambios en la Adherencia al tratamiento y ansiedad utilizando diferentes técnicas cognitivo conductuales.

Para identificar los niveles de adherencia al tratamiento en cada una de las técnicas (reestructuración cognitiva y psicoeducación), se utilizaron los resultados de dos instrumentos, uno de los cuáles fue el Cuestionario de Adherencia Terapéutica en Hipertensión Arterial BMG de Martín, Bayarre y Grau que evalúa adherencia terapéutica general y cuya puntuación fluctúa entre 12 y 60, así como el Cuestionario de Adherencia al Tratamiento de González y Landero, que hace referencia a la adherencia al tratamiento medicamentoso, con un puntaje que va de 13 a 52.

Se encontró que los cuatro participantes presentaron una mayor adherencia al tratamiento después de la intervención tanto general como medicamentosa, comparando la mediana de la muestra antes y después de la intervención (ver *Tabla 5*).

Tabla 5.
Adherencia al tratamiento antes y después de la intervención.

	Adherencia General		Adherencia Medicamentosa	
	Antes	Después	Antes	Después
Media	23.75	19.00	34.00	46.25
Mediana	24.00	20.00	35.00	49.00
Desviación Estándar	5.471	3.121	3.038	5.471

Nota: En la Adherencia general, una mayor puntuación implica una menor adherencia al tratamiento, a diferencia de la Adherencia medicamentosa, donde una mayor puntuación implica una mayor adherencia.

Como puede verse en las *Tablas 6 y 7*, los participantes mostraron una mejoría respecto a la adherencia al tratamiento, a excepción del participante 3, quien obtuvo una disminución en la adherencia general después de la intervención recibida (técnica de psicoeducación).

Tabla 6.
Puntuaciones brutas de Adherencia al tratamiento de los participantes.

Sujeto	Intervención	Adherencia General		Adherencia Medicamentosa	
		pre intervención	post intervención	pre intervención	post intervención
1	Psicoeducativa	20	14	37	50
2	Psicoeducativa	28	22	35	50
3	Psicoeducativa	17	19	35	37
4	Reestructuración cognitiva	30	21	29	48

Nota. Las puntuaciones de la adherencia general se obtuvieron del Cuestionario BMG de Martín, Bayarre y Grau, y las de adherencia medicamentosa, del Cuestionario de Adherencia al Tratamiento de González y Landero.

Tabla 7.
Diferencia antes y después de la intervención sobre la adherencia.

Sujeto	Intervención	Adherencia General	%	Adherencia Medicamentosa	%
1	Psicoeducativa	6	12.50	13	33.33
2	Psicoeducativa	6	12.50	15	38.46
3	Psicoeducativa	-2	-4.16	2	5.18
4	Reestructuración cognitiva	9	18.75	19	48.71

Nota. Se indican las puntuaciones brutas y los porcentajes de cambio de cada participante después de la intervención; en el participante 3, hubo una disminución del 4 % de adherencia general.

Por otro lado, para ver las diferencias en cuanto a la reducción de ansiedad, considerando las puntuaciones obtenidas del Cuestionario de Ansiedad de Hamilton (HAM-A) que van de 0 a 56 puntos (*Tabla 8*), se comparó el antes y después de los grupos A y B, donde pudo observarse que ambas técnicas favorecen el cambio positivo para la reducción de ansiedad obteniendo una

puntuación promedio de baja de 4 puntos (7.14%) en los participantes del grupo A y una reducción de 9 puntos (16.07%) para el participante del grupo B (*Tabla 9*).

Tabla 8.
Ansiedad manifestada por participante.

Sujeto	Técnica utilizada	Puntuación bruta obtenida	
		Pre intervención	Post intervención
1	Psicoeducación	6	2
2	Psicoeducación	8	5
3	Psicoeducación	16	12
4	Reestructuración	16	7

Nota: Una mayor puntuación representa mayor ansiedad.

Tabla 9.
Diferencias en la ansiedad respecto a los grupos de intervención.

Grupo	Técnica de intervención	Manifestación de síntomas de ansiedad		% de cambio
		Pre intervención	Post intervención	
A	Psicoeducación	10	6	7.14
B	Reestructuración cognitiva	16	7	16.07

En suma se analizaron los efectos esperados en cada una de las técnicas en los dos grupos (*Tabla 10*), donde podemos apreciar que las técnicas disminuyeron la ansiedad, aumentaron la adherencia general y medicamentosa, y ocurrió de manera significativa con la intervención de reestructuración cognitiva.

Tabla 10.

Comparación del efecto esperado en cada una de las técnicas.

Efecto esperado	Psicoeducación Grupo A	%	Reestructuración cognitiva Grupo B	%
Disminución de ansiedad	4.00	7.14	9.00	16.07
Aumento de adherencia general	3.30	6.94	9.00	18.75
Aumento de adherencia medicamentosa	10.06	25.65	19.00	48.71

Nota: Los valores expuestos, son diferencias brutas entre las puntuaciones de la variable medida antes y después de las intervenciones. Nótese que en el caso 2, es decir el Grupo B donde se intervino con Reestructuración cognitiva, existe un cambio más notorio.

Identificación de variables relacionadas con la adherencia terapéutica.

Existen factores o variables presentes relacionadas con a) la historia de desarrollo, b) el seguimiento y c) el control de la HTA en cada participante, sin embargo, tomaremos en cuenta los que se midieron para analizar su comportamiento en esta investigación.

Para conocer la historia del desarrollo de la HTA se utilizaron preguntas que indican un historial familiar como antecedente en todos los participantes del grupo A como del grupo B, así como la manifestación de no haber identificado los síntomas de la hipertensión arterial. En las sesiones comentaban que de hecho el diagnóstico fue algo azaroso y no buscado, la mayoría llegaba al doctor por recomendación de familiares o amigos, por análisis de nutrición o incluso por la toma de presión como parte de chequeos generales.

Estrés y factores ambientales.

De igual forma existen variables contextuales presentes que hacen a un sujeto vulnerable para la manifestación de la hipertensión arterial, para esto se consideró la información manifestada en el cuestionario de la autora, (ver anexo 1, preguntas 27 a 34) así como en el apartado de estrés del cuestionario Fantastic que incluye

las preguntas 18 a 20.

En el grupo A y B se comenta que el ambiente laboral es estresante, los participantes del grupo A cuentan con un promedio de 3 hijos y el del grupo B cuenta con 4, sin embargo todos los participantes mencionan tener en promedio 3 personas que dependen de ellos. Por otra parte comentan los participantes que manifiestan estrés principalmente por dificultades en la economía, el trabajo y la dinámica familiar.

Si bien es cierto que lo anterior podría manejarse como causante de la HTA, no podemos establecer una relación directa entre éstos, ya que existen variables que los participantes presentan y que aumentaron la probabilidad de padecerla de alguna manera, es por eso que consideraremos los factores, estilo de vida, estilo de personalidad y estrategias de afrontamiento para conocer la forma en que se llegó a mantener dicho padecimiento en sus vidas.

Estilo de vida.

Para medir el estilo de vida de los participantes se utilizaron dos instrumentos, el Cuestionario de información clínica elaborado por la autora (preguntas 12, 13, 14, 20, 21, 22 y 26) y el Fantastic de Douglas Wilson donde retomaremos sólo las categorías de Actividad física y sueño (preguntas 4, 5 y 17), Nutrición (preguntas 6, 7 y 8) y Adicciones (preguntas 9, 10, 11, 12, 14, 15 y 16).

a) Actividad física y sueño.

Respecto a las actividades físicas en el cuestionario de historia clínica, participantes del grupo A comentaron que no realizan ninguna actividad física que les guste, aunque un participante del grupo A y el del grupo B comentaron que si les gusta realizar caminata un promedio de 5 días a la semana. En el Fantastic mencionan tanto los del grupo A como el B realizar actividad física por lo menos

30 minutos, sin embargo refieren no tener un sueño reparador en su totalidad por lo que no se sienten descansados.

b) Nutrición

Con el primer instrumento se obtuvo información respecto la alimentación, actividad física y laboral de cada participante, quienes reportaron lo siguiente: en el grupo A dos participantes reportaron llevar una dieta balanceada mientras que un tercero del grupo A y el participante del B, comentaron no hacerlo; ambos grupos refirieron en el cuestionario Fantastic, estar pasados de su peso ideal, y en el cuestionario clínico (anexo 1) reportan comer lo siguiente durante el día:

Tabla 11.
Porciones consumidas durante el día.

Casos	Número de Porciones					
	Grasas	Azúcares	Cereales	Fibra	Verdura	Fruta
Grupo A	1.00	0.33	1.00	0.66	1.00	1.66
Grupo B	3.00	5.00	2.00	2.00	2.00	2.00

c) Adicciones.

Con respecto al hábito de fumar, los participantes del grupo A comentaron no hacerlo, sin embargo el participante del grupo B llega a consumir cerca de 32 cigarros al mes. En el Fantastic dos participantes del grupo A refieren no haber consumido cigarros en los últimos 5 años, pero un participante afirma que no lo ha hecho en el último año, por lo que implica que tiene entre 2 a 4 años de haber fumado, mientras que el participante del grupo B afirma haber fumado en el último año. Y aunque la relación del tabaco es importante en la HTA, también se consideraron algunas otras sustancias, donde los participantes de ambos casos refieren en el Fantastic tomar entre 0 y 7 vasos de bebidas alcohólicas entre semana, nunca haber consumido sustancias adictivas, aunque un participante del grupo A refirió consumir frecuentemente sustancias que no han sido medicadas.

Estilo de personalidad.

De igual forma se utilizaron los instrumentos mencionados anteriormente para el análisis del estilo de personalidad. Del cuestionario elaborado por la autora se utilizaron las preguntas 23 a 25 y del Fantastic se utilizaron los apartados Sociabilidad y asertividad (preguntas 1 a 3) y Manejo de emociones (preguntas 21 a 25).

Todos los participantes mencionaron que les gusta ser precavidos y anticipar las cosas, es por esto que los participantes del grupo A y B mencionan que casi siempre realizan las cosas a la perfección. Por otra parte refieren que se angustian fácilmente al menos 2 personas del grupo A y una del A y otra del grupo B sólo lo hacen en algunas ocasiones. Respecto a la sociabilidad, todos los participantes comentan tener apoyo social, brindar y recibir afecto, además sólo dos de los tres participantes del grupo A pertenecen a algún grupo social o civil, de manera contraria al participante del grupo B.

En cuanto al manejo de emociones los participantes refieren manifestar emociones de enojo, ira y tensión algunas veces, aunque casi siempre reflejan sentirse contentos y mantener pensamientos optimistas, sin embargo en cuanto a sentirse tristes o deprimidos el participante del grupo B mencionó que lo hace a menudo a diferencia de los participantes del grupo A que comentan sentirse así en pocas ocasiones.

Estrategias de afrontamiento.

Por último hablaremos sobre las manifestaciones de conductas y cogniciones que están involucrados con la manera de sobrellevar y/o controlar la HTA, considerando la percepción de sus estrategias de afrontamiento (pregunta 35 del cuestionario de la autora) y conductas de cuidado personal y salud, del Fantastic que incluyen las preguntas 13, 26, 27, 28, 29 y 30, así como los resultados del Cuestionario de Percepción del tratamiento de González y Landero.

Respecto a las conductas que presentan sobre su cuidado personal y salud, dos de los participantes del grupo A y el participante del grupo B refirieron nunca manejar en estado de ebriedad, siempre realizarse chequeos médicos, respetar las reglas de tránsito y usar cinturón de seguridad, por el contrario del tercer participante que mencionó que en algunas ocasiones ha manejado en estado de ebriedad y casi no se realiza chequeos médicos, nunca utilizar cinturón de seguridad, aunque refiere llevar a cabo las demás reglas de tránsito. Al momento de preguntarles sobre cómo resuelven sus dificultades, 2 de los participantes del grupo A comentaron que casi siempre consideran que podrán resolverlas, y el tercer participante como el del grupo B, comentaron que a veces creen que pueden resolverlas, algunas veces no saben si podrán resolverlas y otras no creen tener los recursos necesarios para resolverlas.

Por otra parte los participantes del grupo A y del grupo B tuvieron una mejor percepción de su tratamiento después de haber recibido la intervención cognitivo conductual (Tabla 12), sin embargo para el participante 3 que recibió una intervención psicoeducativa tuvo una reducción de la misma (Tabla 13).

Tabla 12.
Percepción de cada grupo respecto al tratamiento antes y después de la intervención.

Grupo	Intervención	Diferencia de cambio
A	Psicoeducativa	3.33
B	Reestructuración Cognitiva	7.00

Tabla 13.

Percepción de los participantes respecto al tratamiento antes y después de la intervención.

Participantes	Intervención	Pre Intervención	Post Intervención	Diferencia de cambio
1	Psicoeducativa	27	31	4
2	Psicoeducativa	22	29	7
3	Psicoeducativa	26	25	-1
4	Reestructuración cognitiva	16	23	7

Nota. Los puntajes brutos son los resultados del Cuestionario de Percepción de Tratamiento de González y Landero, considerando que va de una puntuación mínima de 8 hasta 32, siendo que a mayor puntuación implica una mejor percepción de tratamiento.

Para poder entender un poco mejor los resultados anteriores, es necesario realizar un análisis de las variables que influyeron específicamente en cada participante para ver su relación con la adherencia al tratamiento, por lo que se describen a continuación (Tablas 14,15, 16 y 17).

Tabla 14.

Análisis de variables del participante 1.

Factores relacionados		Resultado	Lo hace vulnerable	Lo protege	Hubo cambio
Biológicos	<i>Antecedentes familiares</i>	Tíos con HTA	X	---	N.A
	<i>Edad</i>	52	X	---	N.A
	<i>Género</i>	Masculino	X	---	N.A
Estrés y factores ambientales	<i>Horas Laborales</i>	8 hrs.	---	---	---
	<i>Ambiente laboral</i>	Casi nunca presenta estrés	---	X	---
	<i>Hijos</i>	3	---	---	---

Tabla 14 Continuación.

Factores relacionados		Resultado	Lo hace vulnerable	Lo protege	Hubo cambio
Estrés y factores ambientales	<i>Personas que dependen de él (ella)</i>	3	X	---	---
	<i>Causas de estrés</i>	Economía	---	---	---
	<i>Ansiedad</i>	Intensidad moderada de síntomas somáticos musculares e insomnio	---	X	Sí
Estilo de vida	<i>Tabaco</i>	Ninguno	---	X	No
	<i>Alcohol</i>	Menos de 4 vasos ocasionalmente	---	X	No
	<i>Actividad física</i>	No realiza	X	---	Sí
	<i>Sueño</i>	Casi siempre duerme bien y se siente descansado	---	X	No
	<i>Consumo de grasas y sodio</i>	1 porción de grasa diaria y evita el sodio	---	X	No
Estilo de personalidad	<i>Sociabilidad y asertividad</i>	Casi siempre participa en grupos y expresa asertivamente lo que siente.	---	X	Sí
	<i>Manejo de emociones</i>	A veces se siente tenso, enojado y acelerado pero casi siempre se muestra contento teniendo pensamientos optimistas	X	---	Sí

Tabla 14 Continuación.

Factores relacionados		Resultado	Lo hace vulnerable	Lo protege	Hubo cambio
Estrategias de afrontamiento	<i>Percepción de sus estrategias de afrontamiento</i>	Casi siempre confía en que podrá resolver sus dificultades	---	X	Sí
	<i>Conductas de cuidado personal y salud</i>	Siempre se realiza chequeos de salud frecuentes, cuida su salud sexual y tiene precauciones para evitar accidentes.	---	X	No
	<i>Diagnóstico</i>	2 años con HTA	---	X	N.A.
	<i>Percepción del tratamiento</i>	Confía en sí mismo, en el médico y en el tratamiento	---	X	Sí
	<i>Seguimiento del tratamiento</i>	Sí	---	X	No
	<i>Técnica de intervención utilizada</i>	Psicoeducación	---	---	---
Total:			6	12	6

Nota: El participante, después de haber tenido una intervención psicoeducativa, disminuyó su nivel de ansiedad, aumentó su actividad física, mejoró en su sociabilidad y en el manejo de emociones así mismo modificó favorablemente su percepción sobre el manejo de sus estrategias de afrontamiento y de la eficacia del tratamiento.

Tabla 15.
Análisis de variables del participante 2.

Factores relacionados		Resultado	Lo hace vulnerable	Lo protege	Hubo cambio
Biológicos	<i>Antecedentes familiares</i>	Tíos con HTA	X	---	N.A
	<i>Edad</i>	56	X	---	N.A
	<i>Género</i>	Masculino	X	---	N.A
Estrés y factores ambientales	<i>Horas Laborales</i>	0 hrs.	---	---	---
	<i>Ambiente laboral</i>	No aplica	---	---	---
	<i>Hijos</i>	2	---	---	---
	<i>Personas que dependen de él (ella)</i>	2	X	---	---
	<i>Causas de estrés</i>	Dinámica familiar	---	---	---
	<i>Ansiedad</i>	Intensidad grave de síntomas genitourinarios	X	---	Sí
	<i>Tabaco</i>	Ninguno	---	X	No
Estilo de vida	<i>Alcohol</i>	Menos de 4 vasos ocasionalmente	---	X	No
	<i>Actividad física</i>	Caminata 6 veces a la semana	---	X	No
	<i>Sueño</i>	A veces duerme bien y se siente descansado	X	---	Sí
	<i>Consumo de grasas y sodio</i>	1 porción de grasa diaria y a veces consume sodio	---	X	Sí

Tabla 15 Continuación.

Factores relacionados		Resultado	Lo hace vulnerable	Lo protege	Hubo cambio
Estilo de personalidad	<i>Sociabilidad y asertividad</i>	Casi siempre participa en grupos y a veces expresa asertivamente lo que siente.	---	X	Sí
	<i>Manejo de emociones</i>	A veces se siente tenso, enojado y acelerado pero casi siempre tiene pensamientos optimistas	X	---	Sí
Estrategias de afrontamiento	<i>Percepción de sus estrategias de afrontamiento</i>	A veces duda poder resolver sus dificultades	X	---	No
	<i>Conductas de cuidado personal y salud</i>	Siempre se realiza chequeos de salud frecuentes, a veces cuida su salud sexual en ocasiones tiene precauciones para evitar accidentes.	---	X	No
	<i>Diagnóstico</i>	5 años con HTA	X	---	N.A.
	<i>Percepción del tratamiento</i>	Confía en sí mismo y en el tratamiento aunque a veces olvida tomar el medicamento, No confía plenamente en el médico	X	---	Sí

Tabla 15 Continuación.

Factores relacionados		Resultado	Lo hace vulnerable	Lo protege	Hubo cambio
Estrategias de afrontamiento	Seguimiento del tratamiento	Sí	---	X	No
	Técnica de intervención utilizada	Psicoeducación	---	---	---
Total:			10	7	6

Nota: El participante, después de haber tenido una intervención psicoeducativa, disminuyó su nivel de ansiedad, mejoró sus hábitos de sueño y alimentación, mejoró su asertividad y en el manejo de emociones así mismo modificó favorablemente su percepción sobre la eficacia del tratamiento.

Tabla 16.

Análisis de variables del participante 3.

Factores relacionados		Resultado	Lo hace vulnerable	Lo protege	Hubo cambio
Biológicos	Antecedentes familiares	Padres y hermanos con HTA	X	---	N.A.
	Edad	66	X	---	N.A.
	Género	Femenino	X	---	N.A.
Estrés y factores ambientales	Horas Laborales	0 hrs.	---	---	---
	Ambiente laboral	No aplica	---	---	---
	Hijos	4	X	---	---
	Personas que dependen de él (ella)	2	X	---	---
	Causas de estrés	Inseguridad por violencia en el Edo.	---	---	---

Nota: El participante, después de haber tenido una intervención psicoeducativa, disminuyó su nivel de ansiedad, mejoró sus hábitos de sueño y nutrición, así mismo modificó favorablemente su percepción sobre el manejo de sus estrategias de afrontamiento.

Tabla 16 Continuación.

Factores relacionados		Resultado	Lo hace vulnerable	Lo protege	Hubo cambio
Estrés y factores ambientales	<i>Ansiedad</i>	Intensidad moderada de síntomas como boca seca, cefaleas, sudoración, síntomas de dificultad respiratoria, sensación de frío y calor, zumbido de oídos, sensaciones de tensión, preocupaciones, temores y dificultad de concentración	X	---	Sí
Estilo de vida	<i>Tabaco</i>	Ninguno	---	X	No
	<i>Alcohol</i>	Menos de 4 vasos ocasionalmente	---	X	No
	<i>Actividad física</i>	No realiza	X	---	No
	<i>Sueño</i>	A veces duerme bien y se siente descansado	X	---	Sí
	<i>Consumo de grasas y sodio</i>	1 porción de grasa diaria y siempre consume sodio	X	---	Sí
Estilo de personalidad	<i>Sociabilidad y asertividad</i>	Casi nunca participa en grupos pero expresa asertivamente lo que siente.	---	X	No

Tabla 16 Continuación.

Factores relacionados		Resultado	Lo hace vulnerable	Lo protege	Hubo cambio
Estilo de personalidad	<i>Manejo de emociones</i>	A veces se siente tensa y triste aunque casi nunca se muestra enojada ni acelerada teniendo pensamientos optimistas	X	---	No
	<i>Percepción de sus estrategias de afrontamiento</i>	A veces duda poder resolver sus dificultades	X	---	Sí
Estrategias de afrontamiento	<i>Conductas de cuidado personal y salud</i>	A veces se realiza chequeos de salud, sin embargo siempre cuida su salud sexual y tiene precauciones para evitar accidentes.	X	---	No
	<i>Diagnóstico</i>	31 años con HTA	X	---	N.A.
	<i>Percepción del tratamiento</i>	Confía plenamente en sí mismo, en el tratamiento y en su médico	---	X	No
	<i>Seguimiento del tratamiento</i>	Si	---	X	No
	<i>Técnica de intervención utilizada</i>	Psicoeducación	---	---	---
Total:			13	5	4

Nota: El participante, después de haber tenido una intervención psicoeducativa, disminuyó su nivel de ansiedad, mejoró sus hábitos de sueño y nutrición, así mismo modificó favorablemente su percepción sobre el manejo de sus estrategias de afrontamiento.

Tabla 17.
Análisis de variables del participante 4.

Factores relacionados		Resultado	Lo hace vulnerable	Lo protege	Hubo cambio
Biológicos	<i>Antecedentes familiares</i>	Hermanos con HTA	---	X	N.A.
	<i>Edad</i>	51	X	---	N.A.
	<i>Género</i>	Femenino	X	---	N.A.
Estrés y factores ambientales	<i>Horas Laborales</i>	9 hrs.	---	---	---
	<i>Ambiente laboral</i>	A veces presenta estrés	X	---	---
	<i>Hijos</i>	4	---	---	---
	<i>Personas que dependen de él (ella)</i>	2	X	---	---
	<i>Causas de estrés</i>	Familia y trabajo	---	---	---
	<i>Ansiedad</i>	Intensidad moderada de síntomas cardiovasculares, síntomas somáticos musculares, sensación de frío y calor, zumbido de oídos, sensaciones de tensión, preocupaciones y dificultad de concentración	X	---	Sí
	Estilo de vida	<i>Tabaco</i>	2 cigarros diarios	X	---
<i>Alcohol</i>		Menos de 4 vasos ocasionalmente	---	X	No
<i>Actividad física</i>		Caminata 4 veces a la semana	---	X	Sí

Tabla 17 Continuación.

Factores relacionados		Resultado	Lo hace vulnerable	Lo protege	Hubo cambio
Estilo de vida	<i>Sueño</i>	A veces duerme bien y se siente descansado	X	---	No
	<i>Consumo de grasas y sodio</i>	3 porciones de grasa diarias y no evita sodio	X	---	Sí
Estilo de personalidad	<i>Sociabilidad y asertividad</i>	Casi nunca participa en grupos pero expresa asertivamente lo que siente.	---	X	Sí
	<i>Manejo de emociones</i>	Casi siempre se siente triste, a veces tensa, enojada y acelerada pero procura tener pensamientos optimistas	X	---	Sí
Estrategias de afrontamiento	<i>Percepción de sus estrategias de afrontamiento</i>	A veces duda poder resolver sus dificultades	X	---	No
	<i>Conductas de cuidado personal y salud</i>	Siempre se realiza chequeos de salud frecuentes y tiene precauciones para evitar accidentes.	---	X	No
	<i>Diagnóstico</i>	3 años con HTA		X	N.A.

Tabla 17 Continuación.

Factores relacionados		Resultado	Lo hace vulnerable	Lo protege	Hubo cambio
Estrategias de afrontamiento	<i>Percepción del tratamiento</i>	No cree tener el total control de la enfermedad así como en que el médico le dé el mejor tratamiento	X	---	Sí
	<i>Seguimiento del tratamiento</i>	Sí	---	X	No
	<i>Técnica de intervención utilizada</i>	Reestructuración cognitiva	---	---	---
Total:			11	7	6

Nota: El participante, después de haber utilizado la reestructuración cognitiva como intervención, disminuyó su nivel de ansiedad, aumentó su actividad física y mejoró sus hábitos alimenticios, mejoró en su sociabilidad y en el manejo de emociones así mismo modificó favorablemente su percepción sobre la eficacia del tratamiento.

En suma podemos decir que los cuatro participantes de los dos casos tratados aquí tuvieron un cambio conductual, cognitivo y fisiológico, después de haber completado una intervención cognitivo-conductual, que a pesar de las similitudes y diferencias de los participantes como de las intervenciones, se llegaron a resultados similares (Tabla 18 y 19).

Se entendieron como cambios cognitivos a aquellos relacionados con el estilo de personalidad, las estrategias de afrontamiento y la percepción del tratamiento mencionados en el Cuestionario de percepción del tratamiento de González y Landero y por cambios conductuales a los cambios realizados en el estilo de vida, reportados en el Fantastic. Para los cambios fisiológicos por otro lado se consideraron aquellos que redujeron su intensidad reportados en la Escala de ansiedad de Hamilton (HAM-A).

Tabla 18.
Cambios en las variables de cada participante después de la intervención.

Participante	Cognitivos	Conductuales	Síntomas		Adherencia	
			Fisiológicos	General	General	Medicamentosa
1	4	1	1	6		13
2	3	2	1	6		15
3	1	2	4	-2		2
4	3	2	6	9		19

Nota: Las puntuaciones de adherencia son los puntos brutos de diferencia antes y después de la intervención, reportados en los Cuestionarios de adherencia terapéutica en hipertensión arterial BMG y el Cuestionario de adherencia medicamentosa de González y Landero.

Tabla 19.
Análisis de variables que tuvieron cambio en los participantes después de la intervención.

Variables	Participantes con cambio	
Cognitivas	Sociabilidad y asertividad	3
	Manejo de emociones	3
	Percepción del tratamiento	3
	Percepción de sus estrategias de afrontamiento	2
Conductuales	Consumo de grasas y sodio	3
	Actividad física	2
	Sueño	2
Fisiológicas (Disminución de síntomas)	Somáticos musculares	2
	Preocupaciones y temores anticipados	2
	Respiratorios	2
	Gastrointestinales	2
	Genitourinarios	1
	Cardiovasculares	1
	Temores	1
	Boca seca, cefaleas y sudoración	1
	Zumbido de oídos	1
	Sensaciones de tensión	1

Cabe mencionar que en los participantes existían ya algunos hábitos que ayudaban a la adherencia terapéutica (Tabla 20) desde antes de la intervención, que fueron marcados en las tablas 14, 15, 16 y 17 en la columna de “Lo protege” y que en la tabla anterior sólo se puntualizan aquellos en los que el cambio promovía la adherencia terapéutica.

Tabla 20.
Factores de protección de los participantes.

Factor de protección	Participantes que cuentan con él
Casi no presenta estrés en ambiente laboral	1
Intensidad moderada de ansiedad	1
Buena percepción de sus estrategias de afrontamiento	1
Buenos hábitos de sueño	1
Bajo consumo de grasas y sodio	2
Diagnóstico menor a 3 años	2
Buena percepción hacia el tratamiento	2
Conductas de cuidado personal y de salud	3
Consumo de tabaco bajo o nulo	3
Consumo de alcohol bajo o nulo	4
Sociabilidad y asertividad	4
Seguimiento de tratamiento	4

Sin embargo, queda por responder si estos cambios se deben exclusivamente a las intervenciones aplicadas, a la relación de los factores de protección con el tipo de intervención realizada y si éstos cambios serán consistentes en el tiempo.

CAPITULO V

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el presente capítulo se analizarán algunos datos relevantes respecto a la muestra de esta investigación, así mismo, se pretende aclarar qué factores intervinieron para dichos resultados y las conclusiones a las que se llegaron con los mismos.

Sobre los participantes.

Antes que nada es importante mencionar que los participantes de la muestra son derechohabientes del servicio médico en el hospital donde se realizó la investigación, por lo que los participantes llevan un seguimiento de su tratamiento con el mismo médico una vez cada cuatro meses, lo que beneficia la adherencia al tratamiento pues como menciona la OMS (2004) es importante la prestación de servicios en estos procesos crónicos y la buena comunicación entre el personal de salud y el paciente, y qué mejor que un mismo médico lleve caso y le dé seguimiento conociendo los recursos y dificultades del paciente, como se hace en esta institución. A estos pacientes se les invitó a participar en un curso-taller de intervención para mejorar la adherencia al tratamiento, mismo que sería parte de la investigación. En un inicio se contó con una buena respuesta por parte de los pacientes con hipertensión, se inscribieron 17 pacientes, de éstos sólo confirmaron 11 en la semana que iniciaba el curso y de los cuáles sólo asistieron y completaron la intervención 4.

Este fenómeno puede ser parte del problema de investigación, pues precisamente se pretendía trabajar con la mejora del seguimiento de un programa terapéutico, pero posiblemente esto tiene relación con la motivación del paciente, que es un factor significativo para la adherencia (OMS, 2004) y que como mencionan Labiano y Brusasca en 2002, las creencias y actitudes personales influyen aunque

otros consideran que en parte, es el prestador del servicio de salud quien debe encargarse de apoyar y reforzar al paciente en sus conductas pro salud, al igual que la red de apoyo familiar (Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular, 2009) para llevar a cabo y terminar los tratamientos cualesquiera que sean (Consejo Argentino de Hipertensión Arterial “Dr. Eduardo Braun Menéndez”, 2001), que a veces son percibidos por los pacientes como hábitos de carácter obligatorio, relacionados con las posibles dificultades con la adaptación a nuevos patrones de vida como comenta Solera en 2010.

Como se mencionó anteriormente los factores ambientales relacionados con el estilo de vida y los factores genéticos en forma combinada, determinan el valor de la presión arterial (Aristizábal et al., 2007), así mismo, el tener una historia familiar de hipertensión (Maicas et al., 2003) y la persistencia de conductas de un estilo de vida no tan sano, especialmente en relación al estrés, la alimentación y la actividad física, fueron una constante en este estudio que hacen evidente la vulnerabilidad del diagnóstico hipertensivo.

Así también es importante subrayar que el contexto favorece o perjudica en ocasiones este diagnóstico, la actividad laboral se vuelve un factor importante ya que pasamos mínimo una tercera parte del día trabajando y en el peor de los casos, los pensamientos sobre las dificultades que tuvimos en nuestra jornada laboral llegan a invadir nuestra área personal es por esto que aunque no exista una excesiva carga laboral, la percepción que se tiene sobre el jefe, los compañeros de trabajo y la expectativa sobre los resultados de nuestro esfuerzo como menciona Nighswonger, 1999 en Padilla, Peña y Arriaga, 2006, llegan a ser determinantes para percibir como estresante esa parte de nuestras vidas; en este caso algunos participantes refieren un ambiente laboral estresante, y aunque no todos cuentan con actividad laboral, muestran estrés por el trabajo en el hogar o con las necesidades de la familia, que pueden ser atribuidos a la falta de asertividad y la insensibilidad por parte de la familia como mencionan Moral, González y Landero (2011), por lo que todos concluyen que sus principales

dificultades se refieren al trabajo, la familia o la economía. Sin embargo este estudio no consideró como variables de cambio, las situaciones laborales y familiares que como sabemos no pueden ser totalmente modificadas, por lo que se piensa que el cambio en la eficacia de sus estrategias de afrontamiento ayudan a cambiar la percepción de las dificultades anteriores.

Por otra parte, los participantes contaban con conductas beneficiosas que ayudaron la fácil adherencia, como lo fue el bajo consumo de tabaco y alcohol, y conductas relacionadas con la prevención de enfermedades y cuidado de la salud; y aunque la actividad física la identifican los participantes como conducta en pro de la salud, a veces tienen un concepto erróneo respecto a ésta pues se piensa que se reduce a conductas relativas al deporte, es por eso que la mitad de los participantes informan no realizar actividad física, que es una de las mayores dificultades en la HTA (Costa, Barontini, Forcada, Carrizo y Almada, 2010; Sellén. 2007; Solera, 2010) , por el contrario de la otra parte informa que la caminata es algo recurrente, como lo reportado por Varela et al. 2009, donde los participantes después de tener una intervención psicoeducativa, incrementaron conductas como caminar y subir escaleras. Además durante las sesiones informaron que el caminar no solo les ayudaba a mejorar su respiración y relajarse si no que les “aclaraba” sus pensamientos y que en ocasiones les ayudaba a tomar decisiones ante ciertas dificultades que en un estado de estrés veían sin solución.

Sin embargo el estudio del factor alimenticio requeriría más información, pues los participantes refirieron consumir mayor cantidad de sodio, grasas y azúcares, que frutas, verduras y cereales, así como tener sobrepeso, pero por otra parte consideraban que llevaban una dieta balanceada, esta incongruencia podría significar por un lado, la conciencia de conductas específicas sobre las cantidades y tipos de alimentos y por otro, la justificación de variables externas (historial familiar y genética) como causales de su sobrepeso; y aunque después de la intervención, se logró que la mayoría de los participantes tuvieran un cambio positivo en la disminución de la ingesta de grasas y sodio, los cambios fueron

mínimos y deberán ser paulatinos y continuos para que puedan permanecer realmente (Casado et al., 1997; Oblitas, 2008).

Es entonces cuando surge la duda sobre ¿qué motivó a los 4 pacientes a asistir a la intervención? Existen factores personales que implicaron un cambio en éstos participantes para mejorar la adherencia al tratamiento, algunos fueron, la forma de recibir el diagnóstico, el tiempo de tratamiento y la experiencia cercana con la enfermedad. La mayoría de los participantes explicaban dentro de las sesiones que una de las cosas que les había ayudado a sobrellevar la hipertensión, era que habían tenido ya sea ellos o algún familiar o amigo, consecuencias severas de la hipertensión, que llegaban desde la pérdida de ciertas funciones sociales hasta la misma muerte, lo que reafirma las conclusiones de Turk y Salovey quienes insisten que los síntomas deben ser suficientemente graves para despertar la necesidad de adherencia (OMS, 2004)

Y a pesar de que los participantes contaban con características de personalidad tipo A, utilizaban estrategias de afrontamiento cognitivo, que les ayudaba a percibir la enfermedad como una oportunidad de cambio para tener una mayor calidad de vida, contaban con redes de apoyo cercanas, habilidades sociales e identificaban sus dificultades para seguir el tratamiento.

Sobre la intervención.

La evaluación correcta y exacta permite tener resultados óptimos y veraces y entre más específicos y concretos sean los instrumentos, brindan mayor información sobre el fenómeno observado; ésta investigación incluye como parte de sus instrumentos el uso de inventarios donde se obtiene la percepción de autoeficacia del paciente relacionada con la adherencia al tratamiento, que muchas veces es mal evaluada cognitivamente, es por esto que se recomienda que los instrumentos utilizados describan a manera de conducta observacional lo que representaría un cambio comportamental de los hábitos que se relacionan con una adecuada

adherencia al tratamiento, que para el presente estudio, el uso del Fantastic resultó ser eficaz, puesto que brindó información que permitió ver diferencias específicas de cambios en el estilo de vida y que pueden en determinado momento aplicarse no solo a población diagnosticada con HTA, sino a aquellos que presentan una pre-hipertensión para prevenir la enfermedad. Por otra parte la falta de medición de la P.A. fue un obstáculo para los resultados, pues no se puede comprobar realmente si la intervención cumple el objetivo de mantener o controlar las cifras de P.A. como por lo contrario lo hicieron Arrivillaga et al., 2007; Crespo et al., 2005; Holguín et al., 2006; Miguel et al., 1994 y Riveros et al., 2005a.

Por otro lado, ambas intervenciones expuestas en esta investigación, se centraron en cuatro factores que Meichenbaum y Turk (1987) mencionan que operan en el comportamiento de la adherencia: 1) el conocimiento y las aptitudes del problema de salud, los comportamientos de autorregulación requeridos y su importancia; 2) las creencias del paciente sobre la gravedad percibida y la autoefectividad en las expectativas de resultado y los costos de respuesta; 3) la motivación mediante el autoreforzo y la atribución interna del éxito y 4) la acción impulsada mediante el recuerdo de la información, la evaluación y selección de soluciones comportamentales y recursos (OMS, 2004).

Sobre los resultados.

Parte de los cambios cognitivos de los participantes se atribuyen a que tuvieron un desarrollo durante la intervención que se debió posiblemente a la educación sobre el punto de vista médico, de cómo los médicos establecen pautas claras donde el paciente genera el control del logro del tratamiento; si antes percibían una desatención por parte de las estrategias de tratamiento, ahora implicaban una serie de pasos establecidos para llegar a cambios significativos que implicaban más que nada constancia y motivación.

Por otro lado, la adherencia reportada al final se debió en su mayor medida, gracias a que las estrategias o actividades utilizadas como parte de la intervención, hacían que el participante tuviera un acercamiento con sus propias dificultades y tomara decisiones conductuales para llegar a las metas establecidas mediante la reestructuración cognitiva así como con la psicoeducación que hacían que el paciente identificara el porqué de esos cambios de estilo de vida y qué resultados verían al llevar a cabo una adherencia terapéutica total, ya que después de la intervención se concibieron a sí mismos no sólo como responsables de la enfermedad sino también del control de la misma y de la generación de su salud.

Esta investigación, apoya las conclusiones de Oblitas (2008), al mencionar que el llevar una nutrición balanceada, hábitos de actividad física y sueño reparador, así como pensamientos positivos y racionales generan impacto positivo en la salud y que el afrontamiento de la ansiedad y el estrés generan un mejor manejo de la enfermedad. Sin embargo las limitaciones de la investigación impiden que se realicen conclusiones exactas del fenómeno observado y medido, por ejemplo, el pequeño rango que abarcó la muestra así como la falta de medición de variables conductuales que esclarecieran una mejoría tanto con la ansiedad así como con la adherencia al tratamiento.

Es por esto que se sugiere que en investigaciones posteriores se realicen mediciones conductuales, cognitivas y psicofisiológicas, así como la evaluación de variables como el estilo de personalidad, estrés, apertura al cambio, etcétera, que pudieran dar mayor explicación del fenómeno de la adherencia o falta de adherencia al tratamiento. Asimismo, se sugiere que se evalúe la relación entre la historia de la enfermedad con la motivación al cambio y que las intervenciones utilizadas sean especificadas y consideren la incrementación de recursos del paciente para autorregular sus conductas en su propio ambiente para mejorar sus hábitos de estilo de vida, lo que promete ser muy eficaz en las enfermedades crónicas (Leventhal, Leventhal y Contrada, 1998).

En síntesis con esta investigación, la respuesta a las interrogantes anteriores planteadas por Elliot (2002) son, el cliente realmente cambió la percepción de su adherencia al tratamiento, aunque no hay evidencia conductual de la misma, reportaron cambios en éstas, sin embargo no es posible determinar si la terapia fue el único factor influyente en dicho cambio, ya que existen factores individuales como la evaluación de sus propias estrategias de afrontamiento, que pudiesen motivar en mayor o menor medida al cambio; aun así, consideramos que la interacción con otras personas con HTA y las actividades inter sesión ayudaban al paciente a ir generando alternativas de solución no solo ante la enfermedad si no ante situaciones personales que estaban indirectamente influyendo en la forma de percibir la enfermedad hipertensiva.

REFERENCIAS

- Álvarez, J. (2002). *Estudio de las creencias, salud y enfermedad. Análisis psicosocial*. Ed. Trillas. México.
- Álvarez, D. M., Benavides, J. L., Bueno, O., Cuadros, V. P., Echeverri, D. R., Gómez, L., Guzmán, A. P., Torres, M. P., Castaño, J. J., Páez, M. L. & Aristizábal, J. F. (2006). Estudio comparativo del nivel de ansiedad, personalidad tipo A y factores de riesgo asociados a hipertensión arterial en pacientes hipertensos y no hipertensos. *Archivos de medicina*, (13), 51-67. Recuperado en febrero de 2011 en: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=273820379004>
- American Psychological Association (1992). *Código de ética*. Recuperado en Mayo de 2011 en: <http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx?item=3#>
- Aristizábal, D., Pineda, M., Urina, M. A., Manzur, F., García, C. & Olivo, C. (2007). *Hipertensión Arterial Sistémica*. Enponer editores, Texto de Cardiología (pp.351-376). Colombia. Recuperado en junio de 2011: <http://www.scc.org.co/libros/libro%20cardiologia/libro%20cardiologia/capitulo4.pdf>
- Arrijoja, G. (2001). *Estilo de vida en el paciente con hipertensión arterial*. Tesis de la Facultad de Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, Nuevo León, México.
- Arrivillaga, M., Cáceres, D., Correa, D., Holguín, L. & Varela, M. (2006). ¿Puede una intervención biopsicosocial reducir los niveles de presión arterial? *Revista Med UNAB*, 9, 20-27. Recuperado en agosto de 2011 en: <http://www.peoplesadvantage.com/audioconf/CoachingHolistico/Art-Intbiopsicosocial.pdf>
- Arrivillaga, M., Varela, M., Cáceres, D., Correa, D. & Holguín, L. (2007). Eficacia de un programa cognitivo conductual para la disminución de los niveles de presión arterial. *Pensamiento Psicológico*, 3(9), 33-49. Recuperado en agosto de 2011 en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/801/80103904.pdf>
- Bados, A. & García E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona. Versión electrónica.
- Beck, J.S. (2007). *Terapia cognitiva para la superación de retos*. Madrid: Gedisa.

- Bonet, J. (2003). El estrés como factor de vulnerabilidad: de la molécula al síndrome. Trabajo presentado en el Simposio Gador durante el Congreso Argentino de Psiquiatría de APSA. Revisado en Febrero 16 de 2007. Disponible en: http://www.gador.com.ar/iyd/ansi_est/estres.htm
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Irurtia, M. J., Arias, B., Hofmann, S. G. & the CISO-A Research Team. (2010). Measuring Social Anxiety in 11 Countries. Development and Validation of the Social Anxiety Questionnaire for Adults. *European Journal of Psychological Assessment*, 26(2), 95-107. doi: 10.1027/1015-5759/a000014
- Cabrera, I. (1996). Fisiopatología de la Hipertensión arterial esencial. *Revista Cubana Cardiología Circulación Cardiovascular*, 10(1). [Versión electrónica].
- Calvete, E. & De Nicolás, L. (1991). Patrón de conducta tipo A y antecedentes familiares de hipertensión: un estudio psicofisiológico. *Aprendizaje, Estudios de psicología*, 46, 25-34. [Versión electrónica].
- Camuñas, N., García, E., Vivas, F., Morales, C., Aranda, D. & Cano, A. (2001). Intervención psicológica en mujeres menopáusicas con hipertensión. *Psiquiatría.com*, 5(3) [Versión electrónica].
- Canales, L. (2009). Intervención Cognitivo-Conductual para la disminución del estrés en pacientes con cardiopatía isquémica. Tesis de la Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, Nuevo León, México.
- Capafons, A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada. *Psicothema*, 13(3), 442-446. [Versión electrónica].
- Cárdenas, L., Villarreal, J. Z., Rocha, F., Lavalle, F., Silva, D. E. & Montes, J. (2007). Prevalencia de diabetes tipo 2 e hipertensión arterial en adultos de nivel económico bajo de Monterrey, México. *Medicina Universitaria*, 9(35), 64-67 [Versión electrónica].
- Carhuallanqui, R., Diestra, G., Tang, J. & Málaga, G. (2010). Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hipertensos atendidos en un hospital general. *Revista Médica Herediana*, 21, 197-201. [Versión electrónica].
- Carrasco, R., Pérez, R., Oviedo, M. & Reyes, H. (2004). Análisis de una década de investigación en hipertensión arterial en México (1990–2000). *Gaceta Médica de México*, 140(6). [Versión impresa] Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132004000600007&lng=es&nrm=iso.

- Casado, M. I., Camuñas, N., Navlet, R., Sánchez, B. & Vidal, J. (1997). Intervención cognitivo conductual en pacientes obesos: implantación de un programa de cambios en hábitos de alimentación. *Psicología.com*, 1(1) [Versión electrónica].
- Catanzaro de, D. A. (2001). *Motivación y emoción*. Editorial Prentice Hall. México.
- Cea, J., Brazal, J. & González-Pinto, A. (1997). Estrategias de afrontamiento e hipertensión esencial. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 4(7). [Versión electrónica] Disponible en: <http://reme.uji.es/articulos/aceauj7542404101/texto.html>
- Chobanian, A. V., Bakris, G. L., Black, H. R., Cushman, W. C., Green, L. A., Izzo, J. L., Jones, D. W., Materson, B. J., Oparil, S., Wright, J. T, Roccella, E. J. & The National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee Hypertension. (2003). *Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. Hypertension*, 42, 1206-1252. doi: 10.1161/01.HYP.0000107251.49515.c2
- Cia, A. (2003). *La ansiedad y sus trastornos: Manual Diagnóstico y Terapéutico*. Buenos Aires, Argentina: Polemos. [versión electrónica].
- Clasificación Internacional de las Enfermedades cie-10. (2008). Recuperado en marzo de 2011 en: http://es.wikipedia.org/wiki/Anexo:CIE10_Cap%C3%ADtulo_IX:_Enfermedades_del_sistema_circulatorio
- Clinically Useful Psychiatric Scales HAM-A. (2011). Recuperado marzo de 2011 en: <http://www.psychiatrictimes.com/clinical-scales/anxiety>
- Comité de Hipertensión Arterial de la Federación Argentina de Cardiología, (2000). *Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo e Hipertensión Arterial en el Anciano*. Trelew, Chubut, 27 y 28 de Octubre de 2000.
- Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (2009). Guía europea de prevención cardiovascular en la práctica clínica. Adaptación española del CEIPC 2008. *Hipertensión y Riesgo Cardiovascular*, 26(4), 157-180.
- Consejo Argentino de Hipertensión Arterial "Dr. Eduardo Braun Menéndez". (2001). Normas para el diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión arterial en servicios de emergencias. *Revista Argentina de Cardiología*. 69 (4), 362-376.

- Cordain, L., Eaton, S. B., Sebastian, A., Mann, N. Lindeberg, S. Watkins, B.A., O'Keefe, J. H. & Brand-Miller, J. (2005). Origins and evolution of the Western diet: health implications for the 21st century. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 81 (2), 341-354. Recuperado de: <http://www.ajcn.org/content/81/2/341.full.pdf+html>
- Costa, S., Barontini, M., Forcada, P., Carrizo, P. & Almada, M. (2010). Estrés psicosocial y baja resiliencia, un factor de riesgo de hipertensión arterial. *Revista Argentina de Cardiología*, 78, 425-431.
- Crespo, N., Rubio, V., Casado, M. & Campo, C. (2005). Influencia sobre los niveles de presión arterial de una intervención conductual y educativa dirigida al control del estrés y la modificación de hábitos de una muestra de hipertensos. *Ansiedad y Estrés*, 11(1), 181-189. [Versión electrónica].
- Cruz, A. (2010). ¿Por qué los hombres tienen más colesterol e hipertensión? Lo malo del cromosoma Y. *Revista Salud Emeequis*. Recuperado el 22 de noviembre de 2012 de: <http://www.m-x.com.mx/xml/pdf/228/43.pdf>
- Del Pino, A., Gaos, M. T., Dorta, R. & García, M. (2004). Eficacia de un programa cognitivo conductual para modificar conductas prono-coronarias. *Psicothema*, 16 (4), 654-660. [Versión electrónica]
- Diccionario Médico. (2003). Argentina: El Cid Editor. Recuperado febrero de 2011 en: <http://site.ebrary.com/lib/dgbuanlsp/Doc?id=10044136&ppg=35>
- Domínguez, M., Fernández, J. R. & Mojón, A. (2010). Validez de la automedida de la presión arterial en el diagnóstico de hipertensión arterial, hipertensión clínica aislada e hipertensión enmascarada. *Hipertensión y riesgo vascular*, 12(4), 146-153. doi:10.1016/j.hipert.2009.12.004
- Elliot, R. (2002). Hermeneutic Single-Case Efficacy Design. *Psychotherapy Research*, 12 (1), 1-12.
- Fennell, M. J. (1989). Depression. En K.Hawton, P. M., Salkovskis, J. Kirk & Clark D. M. *Cognitive behavior therapy for psychiatric problemas: A practical guide* (pp.169-234). Oxford University Press.
- Fernández, E. & Martín, M. (1994). Ira y Hostilidad en los trastornos coronarios. *Revista Anales de psicología*, 10(2),177-188. [Versión electrónica].
- Figuroa, C. & Ramos, B. (2006). Factores de riesgo de la hipertensión arterial y la salud cardiovascular en estudiantes universitarios. Programa Psicología de la Salud de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM (México). *Revista Anales de psicología*, 22(2), 169-174. [Versión electrónica].

- González, M.T., & Landero, R. (2007). Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology*, 10(1), 199-206. [Versión electrónica] Recuperado en febrero de 2011 en: http://www.psy.cmu.edu/~scohen/Gonzalez_2007_MexSpanPSS.pdf
- González, M. T., & Landero, R. (2008). Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicósomáticos mediante ecuaciones estructurales. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 23(1). [Versión electrónica]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892008000100002>
- Granados, G., Roales, J. & Ybarra, J. (2006a). Un estudio exploratorio sobre el desarrollo de creencias sobre síntomas como señales de hipertensión arterial. *Psicothema*, 18(4), 822-827. Recuperado en febrero de 2012 en: <http://www.psicothema.com/pdf/3315.pdf>
- Granados, G., Roales, J., Moreno, E. & Ybarra, J. (2006b). Creencias y conductas de corrección en pacientes con hipertensión arterial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(3), 705-718. [Versión electrónica]
- Granados, G. & Roales, J. (2007). Creencias relacionadas con la Hipertensión y adherencia a los diferentes componentes del tratamiento. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 7(3), 393-403. Recuperado en marzo de 2011 [Versión electrónica].
- Guo, X., Zou, L., Zhang, X., Li, J., Zheng, L., Sun, Z., et al. (2011). Prehypertension: A Meta-Analysis of the Epidemiology, Risk Factors, and Predictors of Progression. *Texas Heart Institute Journal*, 38(6), 643-652. Recuperado en marzo de 2012 en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3233334/>
- Guridi, M. Z., Morales, E., García, F. R. & Franco, V. (2010). Factores de riesgo de la hipertensión arterial esencial en pacientes geriátricos: Policlínico Calabazar, 2008. *Revista Psicología Científica.com*, 12(9). [Versión electrónica] Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/hipertension-arterial-pacientes-geriatricos-factores-riesgo>.
- Gutiérrez, J. (2001). Tratamiento de la Hipertensión Arterial. Cambios de estilo de vida. *Colombia Médica*, 32(2), 99-102. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=28332207>
- Hauswirth, Ch. & Le Meur, Y. (2011). Physiological and Nutritional Aspects of Post-Exercise Recovery. Specific Recommendations for Female Athletes. *Sports Med*, 41(10), 861-882. [Versión electrónica].

- Hernández, M., Lezama, M. A., Oseguera, J., Alcocer, L., Rodríguez, C., Fernández, M., Cardona, E. G., Verdejo, J., Parra, J., Guerrero, F. J., Barriguete-Meléndez, J. A., Ceballos, G., Necoechea, J. C., Barquera, S., Aguilar, C. A., González, A., González, J., Lara, A. & Hernández, H. R. (2009). Guía de Tratamiento Farmacológico para el control de la Hipertensión Arterial 2009. Addendum a la NOM 030. *Revista Mexicana de Cardiología*. 20 (2), 55-104.
- Holguín, L., Correa, D., Arrivillaga, M., Cáceres, D. & Vaerela, M. (2006). Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. *Universitas Psychologica*, 5 (3), 535-547. [Versión electrónica].
- Huerta, D., Bautista, L., Irigoyen, A. & Arrieta, R. (2005). Estructura Familiar y factores de riesgo cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial. *Archivos en Medicina Familiar*, 7(3), 87-92. Recuperado en noviembre de 2011 en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/507/50730704.pdf>
- Labiano, L. M. & Brusasca, C. (2002). Tratamientos psicológicos en la hipertensión arterial. *Interdisciplinaria*, 19(1), 85-97. [Versión electrónica].
- Landeros, E. A., García, J. M., Flores, N. C., García, A., Vidal, D. & Vázquez, A. (2004). Estimación de las capacidades de autocuidado para hipertensión arterial en una comunidad rural. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 12(2), 71-74. [Versión Electrónica].
- Leventhal, H. Leventhal, E. A. & Contrada, R. J. (1998). Self-regulation, health and behavior: A perceptual cognitive approach. *Psychology and Health*, 13, 717-733.
- Lomelí, C., Rosas, M., Mendoza, C., Lorenzo, J. A., Pastelín, G., Méndez, A., Ferez, S. M. & Attie, F. (2008). Hipertensión arterial sistémica en la mujer. *Archivos de cardiología de México*, 78 (2). [Versión electrónica]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-99402008000600006&script=sci_arttext
- López, C., Mardones, G. & Moya, J. (2004). Hipertensión Arterial Esencial: Aspectos Genéticos. *Medwave*, 4 (10). [Versión electrónica]. doi: 10.5867/medwave.2004.10.3368
- López, M., Sánchez, M., Rodríguez, C. & Vázquez, E. (2004). Dolor lumbar crónico e hipertensión: relación con factores de personalidad. *Medicina General*, (66) 415-418. [versión electrónica].

- López, J., Rodríguez, R., Munguía, C., Hernández, J., & Casas, E. (2000). Validez y fiabilidad del instrumento Fantastic para medir el estilo de vida en pacientes mexicanos con hipertensión arterial. *Revista Atención primaria.*, 26(8) [Versión electrónica] Recuperado marzo de 2011 en: http://www.elsevierinstituciones.com/doymaselect/ctl_servlet?_f=20170&id_article=12282
- López, P., Rodríguez, M., Barragán, F., Bouzán, M. L., Martínez, J. Abdul-Jabbar, M. & Fernández, I. (2008). Diferentes percepciones de la salud y enfermedad entre profesionales y usuarios de programas de educación sanitaria en hipertensión y diabetes. *Cultura de los cuidados*, (23) 35-44. Recuperado en: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/6661/1/CC_23_05.pdf
- Maicas, C., Lázaro, E., Alcalá, J., Hernández, P. & Rodríguez, L. (2003). Etiología y fisiopatología de la hipertensión arterial esencial. *Monocardio* 5(3), 141-160. [Versión electrónica]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/hipertension_fisiopatologia_espana.pdf
- Martín, L. (2007). Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. Recuperado marzo de 2011 en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_1_08/spu12108.htm
- Mías, C. (2003). Intervención Cognitivo - Comportamental en el Tratamiento de la Hipertensión Esencial. *Revista Psicología Científica.com*, 5(3). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/hipertension-esencial-intervencion-psicologica/>
- Miguel, J., Cano, A., Casado, M. & Escalona, A. (1994). Emociones e hipertensión. Implantación de un programa cognitivo-conductual en pacientes hipertensos. *Anales de psicología*, 10(2), 199-216. doi:10.6018/analesps.10.2.29681
- Molerio, O. & García, G. (2004). Influencia del estrés y las emociones en la hipertensión arterial esencial. *Revista Cubana de Medicina*, 43(2-3). [Versión electrónica] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75232004000200007&script=sci_arttext
- Montelongo, R., Lara, A., Morales, G. & Villaseñor, S. (2005). Los Trastornos de Ansiedad. *Revista Digital Universitaria UNAM*, 6(11). Recuperado marzo de 2011 en: http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art109/nov_art109.pdf
- Moral, J., González, M. T. & Landero, R. (2011). Estrés percibido, ira y burnout en amas de casa mexicanas. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 2(2), 123-143.

- Moreno, M., Contreras, D., Martínez, N., Araya, P., Livacic-Rojas, P. & Vera-Villaruel, P. (2006). Evaluación del efecto de una intervención cognitivo-conductual sobre los niveles de presión arterial en adultos mayores hipertensos bajo tratamiento médico. *Revista Médica de Chile*, 134, 433-440.
- Nyklíček, I. & Vingerhoets, A. (2009). Adaptive Psychosocial Factors in Relation to Home Blood Pressure: A Study in the General Population of Southern Netherlands. *International Journal of Behavioral Medicine*.16(3), 212-218. doi: 10.1007/s12529-008-9019-z
- Oblitas, L. A. (2006). *Psicología de la Salud. Teoría y Práctica*. Editores Plaza y Valdes. México. (pp. 59-65).
- Oblitas, L. A. (2008). Panorama de la psicología de la salud. *Psicología científica.com*, 10(1). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/psicologia-de-la-salud-panorama/>
- Organización Mundial de la Salud, (2004). *Las Diez Causas de Muerte*. Recuperado febrero de 2011 en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/>
- Organización Mundial de la Salud, (2008a). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción*. ISBN: 9789275325490.
- Organización Mundial de la Salud, (2008b). Global Burden Disease 2008. Recupeado en mayo de 2012 de: http://gamapservr.who.int/gho/interactive_charts/mbd/cod_2008/graph.html
- Organización Mundial de la Salud, (2011a). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*. Recuperado en junio de 2012 en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2011b). *Who/Paho Regional Expert Group for Cardiovascular Disease Prevention Trhoug Population-Wide. Dietary Salt Reduction. Final Report November 2011*. Recuperado de: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=2015&Itemid=1757
- Órgano Oficial de la Liga Uruguaya Contra la Hipertensión Arterial (LUCHA), (2000). *Revista de Hipertensión Arterial*, 7(1-3), 1-80 Disponible en: <http://www.sup.org.uy/Descarga/hta.pdf>
- Órgano oficial de la sociedad colombiana de cardiología y cirugía cardiovascular. (2007). Guías Colombianas para el diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión arterial. *Revista colombiana de cardiología*, 13(1), 195-250. Recuperado en: http://www.scc.org.co/Portals/0/GUIAS_HIPERTENSION_ARTERIAL.pdf

- Padilla, V. M., Peña, J.A. & Arriaga, A. E. (2006). Patrones de personalidad tipo A o B, estrés laboral y correlatos psicofisiológicos. *Psicología y Salud*, 16(1), 79-85
- Palmero, F., Breva, A. & Espinosa, M. (1994). Efectos psicofisiológicos del estrés real y ficticio en sujetos tipo A y tipo B. *Anales de Psicología*, 10(2), 157-166. doi:10.6018/analesps.10.2.29621
- Peña, J. A. (2001). Identificación de correlatos psicofisiológicos y de patrones de personalidad tipo A que corresponden al estrés laboral. Tesis de la Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, Nuevo León, México.
- Peralta, M. I., Robles, H., Navarrete, N. & Jiménez, J. (2009). Aplicación de la terapia de afrontamiento del estrés en dos poblaciones con alto estrés: pacientes crónicos y personas sanas. *Salud Mental*, 32, 251-258.
- Pérez, M. A., Redondo, M. M., León, L. & Bueno, N. (2010). Cognitive Control and Anxiety Disorders: Metacognitive Beliefs and Strategies of Control Thought in GAD and OCD. *Clínica y Salud*, 21(2), 159-166. doi: 10.5093/cl2010v21n2a5
- Pimenta, E. & Oparil, S. (2009). Role of aliskiren in cardio-renal protection and use in hypertensives with multiple risk factors. *Vascular Health and Risk Management*, 5 (1), 453–463. Recuperado en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2686262/?tool=pubmed>
- Piña, J., (2005). Psicología de la salud en México en el período 2000-2004: análisis, investigación y difusión. *Psicología y Salud*, 15(2), 157-168. Disponible en: http://www.uv.mx/psicysalud/Psicysalud_15_2/15_2/JPi%C3%B1a.html
- Riveros, A., Cortazar, J., Alcazar, F. & Sánchez, J. (2005a). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 445-462. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/337/33705302.pdf>
- Riveros, A., Ceballos, G., Laguna, R. & Sánchez, J. J., (2005b). El manejo psicológico de la Hipertensión esencial: efectos de una intervención cognitivo conductual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(03), 493-507. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80537304>
- Rosenstein, E. (2004). *Diccionario de especialidades farmacéuticas*. México. Ed. Thomson.
- Roter, D.L., Hall, J.A., Merisca, R., Nordstrom, B., Cretin, D. & Svarstad, B. (1998). Effectiveness of interventions to improve patient compliance: A meta-analysis. *Medical Care*, 36 1138.1161.

- Roussos, A. J. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16 (3), 261-270. Disponible en: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=281921790006>
- Sáiz, P., Duran, A., Paredes, B., y Bousoño, M. (2001). Manifestaciones clínicas de los trastornos de ansiedad. En García, J. B. *Trastornos de ansiedad y trastornos depresivos en atención primaria*. Barcelona-México: Masson
- Sánchez, J. (2008). El impacto social de la investigación psicológica en salud. *Psicología social y personalidad*. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 24(2) 115-128. Recuperado en mayo de 2011. [Versión electrónica].
- Sánchez, S., Velasco, L., Rodríguez, R. & Baranda, J. (2006). Eficacia de un programa cognitivo-conductual para la disminución de la ansiedad en pacientes médicamente enfermos. *Revista de Investigación Clínica*, 58(6), 540-546. [Versión electrónica].
- Sandín, (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 141-157. Recuperado febrero de 2011 de: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/337/33730109.pdf>
- Secretaría de Salud, (2001). *Programa de acción: enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial*. México.
- Secretaría de Salud, (2007). *Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. México.
- Sellén, J. (2007). Hipertensión arterial: diagnóstico, tratamiento y control. Tesis de Medicina publicada en e-libro. Facultad de Ciencias Médicas. Hospital General Calixto García. La Habana, Cuba.
- Sistema Nacional de Información en Salud, (2008). *Principales Causas de Mortalidad General en Los Estados Unidos Mexicanos*. Recuperado febrero de 2011 en: http://www.gob.mx/wb/egobierno/egob_Sistema_Nacional_de_Informacion_en_Salud
- Solera, D. (2010). Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con hipertensión arterial. Tesis de Maestría de la Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.
- Taddei, S. (2009). Blood pressure through aging and menopause. *Climacteric*. *Revista del climaterio*, 13(74), 79-84. Recuperado en: <http://www.nietoeditores.com.mx/download/climaterio/Enero-febrero2010/Climaterio%2073.8%20PRESION.pdf>

- Van Der Niepen, P. & Verbeelen, D. (2011). Gender and hypertension management: A sub-analysis of the I-inSYST survey. *Blood Pressure*, 20(2), 69-76. doi: 10.3109/08037051.2010.532304
- Varela, M., Arrivillaga, M. & Cáceres, D. (2009). Efectos benéficos de la modificación del estilo de vida en la presión arterial y la calidad de vida en pacientes con hipertensión [Versión electrónica]. *Acta Colombiana de Psicología*, 14(5), 69-85.
- Varela, M. (2010). El reto de evaluar la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial. *Pensamiento Psicológico*, 7(14), 127-139. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80113673010>
- Varo, J., Martínez, J. & Martínez, M. (2003). Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo. *Medicina Clínica Barcelona*, 121(17), 665-672. Recuperado en mayo de 2011 en: http://www.educa.madrid.org/web/ies.maranon.alcala/departamentos/educacion_fisica/pdf/beneficios%20del%20ejercicio%20riesgo%20de%20sedentarismo.pdf
- Villarreal, E. & Mathew, Á. (2001). Costo de la Atención de la Hipertensión Arterial y su Impacto en el Presupuesto Destinado a la Salud en México. *Segundo Congreso Virtual de Cardiología*. Argentina. [Versión electrónica].
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Fernández, H., Gaviria, A. M., Chavarría, F. & Orozco, O. (2006). Apoyo social y adherencia al tratamiento antihipertensivo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. *Informes psicológicos*, (8), 89-106. Disponible en: http://www.upb.edu.co/pls/portal/docs/PAGE/GPV2_UPB_MEDELLIN/PGV2_M030_PREGRADOS/PGV2_M030040020_PSICOLOGIA/PGV2_M030040020110_REVISTA/PGV2_M030040020110020_REVISTA8/ARTICULO%20N8A06.PDF
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester: Wiley.
- Wilson, D., Nielsen, E. & Ciliska, D. (1984). Lifestyle Assessment: Testing the Fantastic Instrument. *Canadian Family Physician*. (30), 1863-1866. [Versión electrónica].
- Zendejas, A. (1995). Relación de la ingesta de grasas saturadas y los factores de riesgo coronario (obesidad, hipertensión, hipercolesterolemia) en personas mayores de 60 años de una clínica privada de Monterrey, N.L. Tesis de psicología no publicada. Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México.

ANEXO 1



Cuestionario de Información Clínica en Hipertensos



Instrucciones: Con la finalidad de brindarle un mejor servicio y obtener información acerca de su situación actual, se le solicita contestar las siguientes preguntas. *Cabe mencionar que la información tratada aquí es confidencial.

Fecha: _____
Teléfono: _____
Celular: _____

I. Datos Personales

1. Escriba las iniciales de su nombre completo:

	Nombre(s)	Apellido 1	Apellido 2
_____	_____	_____	_____
2. Fecha de nacimiento:

	Día	Mes	Año
_____	_____	_____	_____
3. Sexo: Hombre Mujer
4. Estado civil:

<input type="checkbox"/> Soltero (a)	<input type="checkbox"/> Unión libre	<input type="checkbox"/> Separado (a)	<input type="checkbox"/> Casado (a)
<input type="checkbox"/> Divorciado(a)	<input type="checkbox"/> Madre soltera	<input type="checkbox"/> Viudo(a)	
5. Escolaridad (número de años de estudio): _____ años
6. Ocupación: _____
7. Trabajo actualmente

SI	NO
----	----
8. Horario laboral (horas de trabajo al día): _____ horas

II. Historia médica

9. Uno o varios miembros de mi familia presenta problemas cardiovasculares

SI	NO
----	----
10. Padecimiento cardiovascular de mi(s) familiar (es) _____
11. La relación o parentesco de dicho familiar conmigo es: _____
12. Llevo una dieta balanceada

SI	NO
----	----
13. Indique el **número de porciones** consumidas al día de los siguientes grupos alimenticios, tomando en cuenta que una porción equivale a lo que pueda sostener en la palma de la mano:
A. Grasas___ B. Azúcares___ C. Cereales___ D. Fibra___ E. Verdura___ F. Fruta___
14. Fumo ___ cigarros al día, ___ a la semana, ___ al mes.
15. He padecido los síntomas de la Hipertensión desde hace ___ años ___ meses.
16. Me diagnosticaron Hipertensión desde hace: _____
17. Enfermedades o padecimientos que presente además de la Hipertensión: _____
18. Medicamentos que utilizados actualmente _____
19. ¿Cuáles de los anteriores han sido prescritos por médicos? _____

III. Factores ambientales

20. Realizo alguna actividad física que me agrade

SI	NO
----	----

 21. ¿Cuál? _____
22. ¿Cuántas veces a la semana? _____
23. Me gusta realizar las cosas a la perfección: Casi siempre A veces Casi nunca
24. Tomo precauciones cuando sé que puedo prevenir algo riesgoso Casi siempre A veces Casi nunca
25. Me angustio fácilmente: Casi siempre A veces Casi nunca
26. Las horas laborales que tengo son agotantes: Casi siempre A veces Casi nunca
27. Mi jefe inmediato me provoca algún síntoma de estrés: Casi siempre A veces Casi nunca
28. Mis compañeros de trabajo me provocan síntomas de estrés: Casi siempre A veces Casi nunca
29. Mis funciones laborales me provocan síntomas de estrés: Casi siempre A veces Casi nunca
30. ¿Cuántos hijos tiene? _____
31. ¿Cuántas personas dependen de usted? _____
32. La dinámica familiar actual me estresa Casi siempre A veces Casi nunca
33. La relación con mi pareja me estresa Casi siempre A veces Casi nunca
34. Una problemática en particular que me estresa es: _____
35. Cuando tengo dificultades en mi vida diaria...
 Siento que no puedo resolver la situación. Casi siempre A veces Casi nunca
- Siento que no sé si podré resolver la situación Casi siempre A veces Casi nunca
- Siento que puedo resolver la situación Casi siempre A veces Casi nunca
36. La principal dificultad que he presentado para seguir el tratamiento de la hipertensión es: _____

ANEXO 2

Escala de ansiedad de Hamilton (HAM-A)

IV. A continuación se presentan una serie de síntomas, indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes según corresponda. 0 = Ausente, 1 = Intensidad leve, 2 = Intensidad moderada, 3 = Intensidad grave 4 = Totalmente incapacitado(a)	Ausente	Intensidad leve	Intensidad moderada	Intensidad grave	Totalmente incapacitado
H1. Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad	0	1	2	3	4
H2. Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse	0	1	2	3	4
H3. Temores: a la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes	0	1	2	3	4
H4. Insomnio: dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos	0	1	2	3	4
H5. Dificultad de concentración, mala o escasa memoria	0	1	2	3	4
H6. Pérdida de interés, falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertarse más temprano de lo esperado	0	1	2	3	4
H7. Síntomas somáticos musculares como dolores musculares, espasmos musculares o calambres, rigidez muscular, tics, rechinar los dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado (tensión muscular)	0	1	2	3	4
H8. Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad, sensaciones parestésicas (hormigueo, pinchazón, picazón)	0	1	2	3	4
H9. Síntomas cardiovasculares: Taquicardia (incremento del ritmo cardíaco), palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de baja presión o desmayo, arritmias	0	1	2	3	4
H10. Síntomas respiratorios: opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria)	0	1	2	3	4
H11. Síntomas gastrointestinales: problemas para deglutir (tragar), flatulencias, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómitos, heces blandas, pérdida de peso, constipación	0	1	2	3	4
H12. Síntomas genitourinarios: micciones frecuentes (orinar), micción urgente, amenorrea (falta del período menstrual), menorragia (menstruar abundantemente y varios días), frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual	0	1	2	3	4
H13. Síntomas como boca seca, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, cefaleas, (dolor de cabeza) por tensión, erecticismo piloso (piel de gallina)	0	1	2	3	4
H14. Durante las respuestas a estas preguntas, usted sintió: inquietud, impaciencia o intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, palidez facial, deglución de saliva, eructos, tics	0	1	2	3	4

ANEXO 3

Fantastic

Conteste lo siguiente, recordando cómo ha sido su vida este último mes seleccionando la respuesta con la que se identifique.

F1. Tengo con quien hablar de las cosas que son importantes para mí	Casi nunca	A veces	Casi siempre
F2. Brindo y/o recibo cariño o afecto	Casi nunca	A veces	Casi siempre
F3. Participo de: algún grupo relacionado con mi autocuidado, club deportivo, grupo religioso, de mujeres, adultos mayores, vecinales y/u otros	Casi nunca	A veces	Casi siempre
F4. Realizo alguna actividad física o deporte durante 30 min.	No realizo	Una vez a la semana	3 ó más veces por semana
F5. Camino al menos 30 minutos diariamente	Casi nunca	A veces	Casi siempre
F6. Como 2 porciones de verduras y 3 frutas:	Casi nunca	A veces	Diariamente
F7. Consumo alimentos con gran cantidad de azúcar, sal o grasa:	Siempre	A veces	Nunca
F8. Estoy pasado(a) de mi peso ideal en:	Más de 8 kg.	De 5 a 8 kg	De 0 a 4 kg
F9. He fumado cigarrillos:	Sí, durante este año	No, durante el último año	No, los últimos 5 años
F10. Generalmente fumo ___ cigarrillos por día:	Más de 10	De 1 a 9	Ninguno
F11. Mi número promedio vasos de bebidas alcohólicas consumidas por semana es de:	Más de 12 vasos	De 8 a 12 vasos	De 0 a 7 vasos
F12. Bebo más de 4 vasos de bebidas alcohólicas en una misma ocasión:	A menudo	Ocasionalmente	Nunca
F13. Manejo(aría) el auto después de beber alcohol:	A menudo	Sólo rara vez	Nunca
F14. Consumo sustancias adictivas:	A menudo	Ocasionalmente	Nunca
F15. Uso excesivamente los remedios que me indican o los que puedo comprar sin receta:	A menudo	Ocasionalmente	Nunca
F16. Bebo café, té o bebidas cola que contienen cafeína:	Más de 6 al día	De 3 a 6 al día	Menos de 3 al día
F17. Duermo bien y me siento descansado/a:	Casi nunca	A veces	Casi siempre

F18. Me siento capaz de manejar el estrés o la tensión de mi vida	Casi nunca	A veces	Casi siempre
F19. Me relajo y disfruto mi tiempo libre	Casi nunca	A veces	Casi siempre
F20. Parece que ando acelerado /a:	A menudo	Algunas veces	Casi nunca
F21. Me siento enojado/ a o agresivo/ a:	A menudo	Algunas veces	Casi nunca
F22. Me siento contento(a) con mi trabajo o mis actividades	Casi nunca	A veces	Casi siempre
F23. Tengo pensamientos positivos u optimistas:	Casi nunca	A veces	Casi siempre
F24. Me siento tenso/a:	A menudo	Algunas veces	Casi nunca
F25. Me siento deprimido/ a o triste:	A menudo	Algunas veces	Casi nunca
F26. Me realizo chequeos de salud en forma periódica	Casi nunca	A veces	Siempre
F27. Converso con mi pareja o familia sobre temas de sexualidad	Casi nunca	A veces	Siempre
F28. En mi conducta sexual me preocupo de mi cuidado y/o el de mi pareja	Casi nunca	A veces	Casi siempre
F29. Como peatón, pasajero del transporte público y/o automovilista, respeto las reglas del tránsito	Casi nunca	A veces	Siempre
F30. Uso cinturón de seguridad	Casi nunca	A veces	Siempre

ANEXO 4

Cuestionario de adherencia terapéutica en hipertensión arterial BMG

A continuación usted encontrará un conjunto de afirmaciones. Por favor, no se preocupe en pensar si otras personas estarían de acuerdo con usted y exprese exactamente lo que piense en cada caso. Marque con una X la casilla que corresponda a su situación particular:

Situación	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
B1. Toma los medicamentos en el horario establecido	1	2	3	4	5
B2. Se toma todas las dosis indicadas	1	2	3	4	5
B3. Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta	1	2	3	4	5
B4. Asiste a las consultas de seguimiento programadas	1	2	3	4	5
B5. Realiza los ejercicios físicos indicados	1	2	3	4	5
B6. Acomoda sus horarios de medicación, a las actividades de su vida diaria	1	2	3	4	5
B7. Usted y su médico, deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir	1	2	3	4	5
B8. Cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos	1	2	3	4	5
B9. Lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos	1	2	3	4	5
B10. Utiliza recordatorios que faciliten la realización del Tratamiento	1	2	3	4	5
B11. Usted y su médico analizan, cómo cumplir el tratamiento	1	2	3	4	5
B12. Tiene la posibilidad de manifestar su aceptación del tratamiento que le ha recetado su médico	1	2	3	4	5

ANEXO 5

Cuestionario de adherencia medicamentosa de González y Landero

En el siguiente listado, tache (x) la respuesta que más se acerque a su situación actual.	Casi nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
A1. Me tomo todas las pastillas que me receta el médico	1	2	3	4
A2. Me tomo las pastillas a las horas indicadas por el médico	1	2	3	4
A3. Sigo el tratamiento indicado	1	2	3	4
A4. Si me cae mal el medicamento (efectos secundarios), dejo de tomarlo	1	2	3	4
A5. Si me siento mal, tomo más pastillas o dosis de las recetadas	1	2	3	4
A6. Prefiero tomar remedios caseros a las medicinas que me indica el médico	1	2	3	4
A7. Se me dificulta llevar conmigo el medicamento porque tiene que estar en refrigeración	1	2	3	4
A8. Soy una persona organizada que se toma las pastillas a sus horas	1	2	3	4
A9. Llevo mi tratamiento conmigo para poder tomarlo a tiempo	1	2	3	4
A10. En ocasiones omito una dosis porque olvido si ya me tomé el medicamento	1	2	3	4
A11. Tomo el medicamento a la hora indicada	1	2	3	4
A12. Cuando me siento mejor dejo de tomar las medicinas (interrumpo el tratamiento)	1	2	3	4
A13. Tengo claras las horas y las dosis en que tengo que tomar el medicamento	1	2	3	4

ANEXO 6

Cuestionario de percepción del tratamiento de González y Landero

<p>Marque (X) la opción correspondiente al grado de acuerdo para cada cuestión, teniendo en cuenta las siguientes opciones:</p> <p>1 = Totalmente en desacuerdo</p> <p>2 = En desacuerdo</p> <p>3 = De acuerdo</p> <p>4 = Totalmente de acuerdo</p>	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
P1. Tengo la enfermedad controlada con el tratamiento	1	2	3	4
P2. Confío plenamente en mi médico	1	2	3	4
P3. Me considero una persona disciplinada capaz de seguir el tratamiento con precisión	1	2	3	4
P4. Mi tratamiento sigue siendo eficaz aunque lo interrumpa	1	2	3	4
P5. Los médicos recetan los tratamientos durante más tiempo de lo necesario	1	2	3	4
P6. Me siento culpable cuando no me tomo mis medicamentos	1	2	3	4
P7. Me tomo el medicamento porque me preocupa mi enfermedad	1	2	3	4
P8. Confío en que el médico me ha recetado el mejor tratamiento posible	1	2	3	4

ANEXO 7



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN

TRATAMIENTO PSICOEDUCTIVO DE LA HIPERTENSIÓN

SESIÓN 1.

Objetivo: Informar al auditorio participante sobre los factores de riesgo para presentar hipertensión arterial, cuáles son sus causas y consecuencias.

Actividad:

1. Generalmente... ¿Cuál es la presión que presento?

2. ¿Conozco el tipo de Hipertensión que padezco?

Sí ¿Cuál es? _____ No Preguntarle a mi doctor

3. ¿Cuáles son los factores de riesgo que presento?

- Involucración de diversos genes
- Tener una historia familiar de hipertensión
- La edad
- El sexo
- Resistencia a la insulina

4. ¿Cuáles componentes del estilo de vida representan un factor de riesgo para mi Hipertensión arterial?

- Ingesta de sodio
- Ingesta de grasas saturadas y/o sobrepeso
- Baja actividad física
- Tabaquismo
- Alcoholismo
- Estrés

TRATAMIENTO PSICOEDUCTIVO DE LA HIPERTENSIÓN

SESIÓN 2.

Objetivo: Informar al auditorio participante sobre el beneficio de seguir el tratamiento médico que se indica, y cómo se reduce la presión arterial a partir de la medicamentación.

Actividad:

1. Identifique si padece alguna enfermedad siguiente, qué tipos de medicamentos puede tomar y cuáles están contraindicados.

Enfermedad padecida	Indicados	Contraindicados
Diabetes Mellitus		
Dislipemias		
Obesidad		
Cardiopatía coronaria		
Insuficiencia cardiaca		
Enfermedad vascular cerebral		
Hipertrofia Benigna de próstata		
Epic y asma		

2. Escriba el nombre genérico de los medicamentos que consume, identifique a qué grupo de medicamentos pertenece, su dosis y duración.

Nombre genérico	Tipo de medicamento	Grupo	Dosis	Duración

3. ¿Cuál es la función de los medicamentos que me recetó el doctor?

4. ¿Cómo puede ayudarme a mejorar la presión arterial dicho medicamento?

5. ¿Qué efectos secundarios he presentado durante la toma de mis medicamentos?

- Tos
- Diarrea o estreñimiento
- Vértigo o mareo leve
- Problemas de erección
- Sentirme nervioso
- Sentirme cansado, somnoliento, débil o con falta de energía
- Dolor de cabeza
- Náuseas o vómito
- Erupción cutánea
- Pérdida o aumento de peso sin proponérselo

Nota: Si he presentado algún efecto secundario anterior de manera frecuente, es importante leer los efectos secundarios que aparecen en la caja de mi medicamento para ver si coincide, de lo contrario, deberé analizar si su causa se debe a otra variable. De cualquier manera debo enterar a mi doctor sobre esto.

6. Anotaciones.

TRATAMIENTO PSICOEDUCTIVO DE LA HIPERTENSIÓN

SESIÓN 3.

Objetivo: Que el auditorio conozca cómo llevar una buena alimentación y los beneficios que implica.

Actividad:

1. ¿Qué significa para mí la palabra dieta?

2. Según la pirámide de alimentación diaria, enumere los grupos de alimentos, de menor a mayor, según sea prioritario.

	Aves y carnes magras
	Frutas y verduras
	Grasas y embutidos
	Granos, cereales, pan, pasta, papas
	Azúcares y manteca
	Leche, yogurt y queso desnatado

3. En qué se basa el plan DASH y cuáles son las metas que persigue dicho plan.

4. ¿Qué sería más sano, elegir un producto light o un producto reducido en grasa?
¿Por qué?

5. ¿Qué producto consumiría usted, si leyera las siguientes etiquetas de información nutrimental sobre una barra integral?

Información Nutrimental	
Tamaño por ración	1 pieza (33 g)
Raciones por sobre	1
Cantidad por ración	
Calorías	110 Calorías de grasa 0
% Valor Diario*	
Grasa Total 3g	5%
Grasa saturada 0g	0%
Colesterol 0mg	0%
Sodio 300mg	13%
Carbohidratos Totales 13g	4%
Fibra Dietética 3g	12%
Azúcares 3g	
Proteínas 3g	
Vitamina A 80% . Vitamina C 60%	
Calcio 4% . Hierro 4%	
*Los porcentajes de Valores Diarios están basados en una dieta de 2,000 calorías.	
	Calorías: 2,000 2,500
Grasa Total	Menos de 65g 80g
Grasa Sat.	Menos de 20g 25g
Colesterol	Menos de 300mg 300mg
Sodio	Menos de 2,400mg 2,400mg
Carbohidratos Totales	300g 375g
Fibra Dietética	25g 30g
Calorías por gramo:	
Grasa 9 . Carbohidratos 4 . Proteínas 4	

Información Nutricional	
Tamaño de la porción:	25 g (1 oz.)
Número de porciones:	4
Cantidad por porción	
Energía Total	500 kJ (120 kcal)
Energía Proveniente de la grasa	190 kJ (45 kcal)
% Valor Diario**	
Grasa Total 5 g*	8 %
Grasa Saturada 2 g*	12 %
Grasas Trans 0 g*	***
Colesterol 6 mg*	2 %
Sodio 310 mg*	13 %
Carbohidratos Totales 17 g*	6 %
Fibra Dietética 0 g*	0 %
Proteína 2 g*	
Vitamina A 0 %	Vitamina C 0 %
Calcio 15 %	Hierro 3 %
*Cantidad de la porción (25 g).	
** Los Porcentajes de Valores Diarios están basados en una dieta de 8400 kJ (2000 kcal) según FDA. Sus valores diarios pueden ser mayores o menores dependiendo de sus necesidades energéticas (1 kcal = 4,189 kJ)	
	Energía 8400 10500
	2000 2500
Grasa Total	Menos que 65 g 80 g
Grasa Saturada	Menos que 20 g 25 g
Colesterol	Menos que 300 mg 300 mg
Sodio	Menos que 2400 mg 2400 mg
Potasio	3500 mg 3500 mg
Carbohidratos Totales	300 g 375 g
Fibra Dietética	25 g 30 g
Energía kJ por gramo:	Grasa • Carbohidratos • Proteínas
	37 kJ 17 kJ 17 kJ
	9 kcal 4 kcal 4 kcal
*** El consumo de grasas trans debe ser lo menor posible.	

¿Por qué?

6. ¿Considero que es muy complicado? No Sí

7. ¿Qué puedo hacer al respecto? Anota 4 cosas mencionadas que sean sencillas de llevar a cabo

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

8. Coloree las casillas según corresponda, anote 3 alimentos de cada color que más le gusten o los que más utilice comúnmente y mencione sus beneficios.

Color		Alimentos	Beneficios
	Rojo		
	Blanco		
	Naranja		
	Amarillo		
	Verde		
	Azul		
	Morado		

9. ¿Qué cambios pequeños puedo hacer en este mes? Elegir uno para cada semana.

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

10. Anotaciones

TRATAMIENTO PSICOEDUCATIVO DE LA HIPERTENSIÓN

SESIÓN 4.

Objetivo: Informar al auditorio las maneras de controlar la conducta en beneficio de su salud.

Actividad:

1. ¿Considero la Hipertensión arterial como algo fuera de mi alcance? ¿Por qué?

Compartir este punto con los demás.

2. ¿Cuáles son las cosas que considero que yo he realizado hasta ahora para cuidar mi cuerpo y mi salud mental?

3. Elabora un esquema de las áreas de tu vida y escribe cuáles son las conductas o hechos que realizas para cuidar dicha área.

Físico/Cuerpo	Espiritualidad/Creencias
Emociones/Sentimientos	Relaciones sociales/Trabajo/Desarrollo humano

4. ¿Cuál área necesita ser revisada e intervenida y qué se puede hacer al respecto?

5. Escribe metas sencillas a corto plazo que puedas realizar en las próximas 2 semanas procurando respecto a cada uno de los siguientes aspectos:

Adherencia al tratamiento	
Alimentarme bien	
Realizar actividad física	
Reducir mi estrés	

Piensa en cosas que ya has realizado con poca frecuencia o te gustan o incluso que nunca has intentado pero te llaman la atención, intenta realizarlas, asocia las conductas saludables a buenos momentos, compártelas con personas con las cuáles disfrutes de su compañía, o en ambientes agradables para ti. Y pregúntate, cómo alguien de mí alrededor se va a dar cuenta de que estoy realizando cambios en mi conducta.

ANEXO 8



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN

TRATAMIENTO PARA EL MANEJO DE LA HTA UTILIZANDO REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Objetivo General: Que los participantes modifiquen pensamientos que les impidan realizar cambios conductuales a favor del tratamiento de la HTA.

Objetivos:

- | | |
|----------------------|--|
| SESIÓN
N No.
1 | <ul style="list-style-type: none"> • Conocer el concepto de reestructuración cognitiva, así como los principios en los que se basa. • Identificar pensamientos automáticos disfuncionales. |
|----------------------|--|

Actividad.

- ¿Qué es lo que causa tener conductas o emociones inadecuadas?
 - Las situaciones o hechos
 - Los pensamientos desencadenados de las situaciones
- Identifique el A-B-C de alguna situación.

A (Situación)	
B (Pensamientos desencadenados)	
C (Conducta o emociones)	

- Anote un ejemplo de algún pensamiento racional y uno irracional que haya tenido en la semana.

Pensamiento racional

Pensamiento irracional

Tarea.

4. Identificar durante la semana pensamientos irracionales y anotarlos, considerando lo siguiente:
- Son automáticos e involuntarios y pueden escapar de la consciencia, a menos que se haga un esfuerzo para captarlos.
 - Identificar aquellos que producen el malestar emocional, preguntándose a sí mismo si otras personas que pensarán eso se sentirían igual.
 - No confundir pensamientos vs emociones; “me sentí fatal” o “estoy nervioso” son estados emocionales.
 - Escribir pensamientos concretos
 - Escribir cada pensamiento de forma separada
 - Los pensamientos pueden presentarse como imágenes. Estas tienen más impacto, además, se confía más en ellas, sean acordes con la realidad o no

Pensamientos irracionales que presenté:

5. Ahora piense ¿Qué situaciones generan ansiedad en mí? Anótelas de menor a mayor, según corresponda, empiece por los pensamientos que le generen menos emoción.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

6. Escriba los pensamientos que desencadenan cada una de las primeras dos situaciones que escribió anteriormente.

Situación	Pensamientos

7. Anotaciones...

TRATAMIENTO PARA EL MANEJO DE LA HTA UTILIZANDO REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Objetivo General: Que los participantes modifiquen pensamientos que les impidan realizar cambios conductuales a favor del tratamiento de la HTA.

<u>Objetivos:</u>	
SESIÓN No. 2	<ul style="list-style-type: none"> • Generar pensamientos más funcionales poniendo en tela de juicio los disfuncionales. • Identificar posibles supuestos o creencias de donde provengan sus pensamientos automáticos.

Actividad.

1. Analizar, según lo anotado en la sesión 1...
¿Qué probabilidad tienen de ser correctas las interpretaciones que hice?

¿Qué implicaciones presentan éstos pensamientos?

2. Complete el A-B-C de alguna situación estresante o ansiosa que usted mencionó anteriormente y ahora reevalúe las situaciones de forma más racional (de forma más realista). Anote ¿Qué otros pensamientos alternativos pueden ser más realistas?

A (Situación de ansiedad)	B (Pensamientos desencadenados)	C (Conducta o emociones)	Pensamiento más racional

**TRATAMIENTO PARA EL MANEJO DE LA HTA UTILIZANDO
REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA**

Objetivo General: Que los participantes modifiquen pensamientos que les impidan realizar cambios conductuales a favor del tratamiento de la HTA.

SESIÓN

Objetivo:

No. 3

- Identificar ideas irracionales acerca de la salud y la enfermedad.

Actividad.

1. ¿Cuál concepción tengo acerca de la salud?

2. ¿Cuál concepción tengo acerca de la enfermedad?

3. ¿Con cuál grupo de creencias me identifico más?

4. ¿Cuál grupo de creencias considero el mejor?

5. En equipo analicen ¿Cómo se comportaría una persona que tiene las creencias del grupo A, B o C?

Tarea.

6. Según lo mencionado anteriormente:

a) ¿Cuál considera usted que es un impedimento para mejorar su nivel de presión arterial?

b) ¿Cuál es un impedimento para no llevar a cabo mi tratamiento adecuadamente?

**TRATAMIENTO PARA EL MANEJO DE LA HTA UTILIZANDO
REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA**

Objetivo General: Que los participantes modifiquen pensamientos que les impidan realizar cambios conductuales a favor del tratamiento de la HTA.

SESIÓN

Objetivo:

No. 4

- Generar ideas más racionales que influyan en su comportamiento para mejorar el tratamiento de la HTA.

Actividad.

1. En equipo seleccionen el tema elegido:
 - a) alimentación
 - b) medicamentación
 - c) actividad física
2. Escriban una creencia acerca del tema anterior con la que concuerde todo o la mayoría del equipo.

*Nota: es necesario que se consideren verdaderos los supuestos y creencias antes de poder cuestionarlos verbal y conductualmente.

3. ¿De qué modo el supuesto o creencia no es razonable?

4. Encontrar argumentos persuasivos si estos se derivan o se apoyan en creencias adaptativas.

5. ¿De qué modo el supuesto o creencia es poco útil? ¿Le es de ayuda o le es un estorbo?

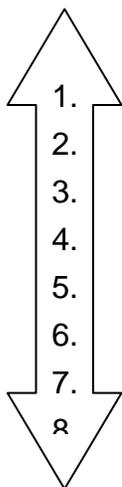
	Ventajas	Valor	Desventajas	Valor
A corto plazo				
A largo plazo				
	Total		Total	

6. ¿Cuál sería otra alternativa que proporcione las ventajas del supuesto o creencia disfuncional sin sus desventajas?

7. ¿De dónde proviene la creencia?

8. Emplear continuos para modificar el pensamiento dicotómico

- I. Se definen ambos extremos.
- II. 2. Luego, se definen algunos puntos intermedios.
- III. 3. Finalmente uno mismo debe situarse en el continuo.



Tarea.

9. Realizar cuestionamiento conductual de la creencia o supuesto.

Ejercicios



- Conocer las normas de otras personas
- No dar por sentado que las de uno son compartidas por todo el mundo
- Observar el comportamiento de otros
- Observar las consecuencias de nuestro comportamiento y comprobar las nuevas creencias a través de la acción
- Llevar un registro diario de experiencias que contradigan la creencia disfuncional y apoyen creencias más positivas.

10. Con cuáles ideas me identifico:

	Algo hice, para merecer esto.
	Por qué a la gente buena le pasan cosas malas
	Para qué hago cambios si ya estoy viejo.
	Las personas que lo logran tienen el apoyo y los recursos para hacerlo (físicos, psicológicos, sociales, y económicos).
	Es difícil cambiar lo que he estado haciendo durante años
	Así me crié, así me criaron y así seguiré.
	Tantito, no me hace daño, que tan malo puede ser (¿Qué tanto es tantito?)
	Sé que no podré por que conocí a alguien que no pudo.
	Total, de algo me voy a morir
	Es muy complicado todo lo que tengo que hacer, no voy a poder hacerlo
	Estoy solo, nadie me considera
	Es muy fácil que lo digan, pero hacerlo no
	Como a ellos no les pasa, no me comprenden
	Voy a vivir así siempre
	Me mortifica que aunque siga el tratamiento, no mejor.
	No quiero ir al doctor porque no quiero que me de malas noticias, prefiero no saber que estoy enfermo

A. Explique por qué se identifica con ellas, describiendo con sus propias palabras el o los pensamientos que frecuenta.

ANEXO 9



SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN



**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROTOCOLOS DE
INVESTIGACIÓN**

En el presente documento, se le solicita a Usted, participar en un estudio de investigación titulado **“Técnicas Cognitivo-conductuales y su efecto en la adherencia al tratamiento en la HTA”**. Los resultados de este estudio podrían establecer el uso de técnicas psicológicas de tipo cognitivo conductuales que favorezcan la reducción de la presión arterial así como la adherencia al tratamiento de la Hipertensión Arterial que incluirían el adecuado seguimiento de tratamiento médico así como la incidencia de conductas promotoras de la salud.

El estudio consiste en un taller grupal de 4 sesiones como mínimo donde se enseñará a los participantes a llevar a cabo algunas técnicas para propiciar conductas que favorezcan la salud con respecto a la Hipertensión arterial; en dichos talleres se incluirán actividades y se aplicará un cuestionario antes del taller y al término del mismo que proporcionará información importante para la presente investigación.

Esta aceptación por escrito y el cuestionario con sus respuestas será información confidencial y se respetará el anonimato de cada participante. En caso de publicar los resultados de este estudio, en alguna revista científica o libro, no se romperá su anonimato y sólo se darán los resultados de manera estadística. Usted puede decidir no participar, y esto no le afectará en lo absoluto.

SU FIRMA INDICA QUE USTED HA DECIDIDO TOMAR PARTE EN ESTE ESTUDIO Y QUE HA LEÍDO Y ENTENDIDO LA INFORMACIÓN QUE SE LE HA PROPORCIONADO Y EXPLICADO.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse con el investigador responsable: Lic. Andrea Paola Robles Díaz, Psicóloga. Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de Psicología. Dr. Carlos Canseco #110 y Dr. Eduardo Aguirre Pequeño, Mitras Centro C.P. 64460 Monterrey, N.L., México. Correo electrónico: andrea_roblesdiaz@hotmail.com

Firma del participante

Firma del testigo

Firma del investigador